



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Educação e Humanidades
Instituto de Psicologia

Lorena Figueiredo de Souza


**Do *tratamento* psicanalítico das psicoses em enfermaria
psiquiátrica pública**

Rio de Janeiro

2014

Lorena Figueiredo de Souza

Do *tratamento* psicanalítico das psicoses em enfermaria psiquiátrica pública



Dissertação apresentada como pré-requisito para obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e clínica em psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia da Costa Leite

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S729 Souza, Lorena Figueiredo de.
Do tratamento psicanalítico das psicoses em enfermaria psiquiátrica
pública / Lorena Figueiredo de Souza. – 2014.
93 f.

Orientador: Sonia da Costa Leite.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicoses – Teses. 2. Psiquiatria – Teses. 3. Hospitais
psiquiátricos – Teses. 4. Hospitais públicos – Teses. I. Leite, Sonia da
Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Psicologia. III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Lorena Figueiredo de Souza

Do *tratamento* psicanalítico das psicoses em enfermaria psiquiátrica pública

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e clínica em psicanálise.

Aprovada em 08 de outubro de 2014

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia da Costa Leite (Orientadora)
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^a Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo
Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^a Dra. Sonia Borges.
Universidade Veiga de Almeida (UVA)

Rio de Janeiro

2014

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Sonia Leite, pela leitura cuidadosa e orientação instigante.

Às professoras Ana Cristina Figueiredo e Sonia Borges, pela disponibilidade para ler esse trabalho e pelas contribuições desde a qualificação.

Aos professores das disciplinas que tive a oportunidade de freqüentar no mestrado do PGPSA, por terem sempre despertado a atenção para algum caminho para seguir nessa pesquisa. Aos funcionários do programa, pela atenção e paciência.

Aos participantes do núcleo de psicose da Escola Letra Freudiana, a partir do qual surgiu a questão que originou essa dissertação, em especial Silvia Disitzer, Vera Vinheiro e Leny de Almeida Andrade.

A todos os colegas com quem tive oportunidade de trabalhar na enfermaria do CPRJ, ao longo desses anos, que fizeram daquele serviço um ambiente de trabalho agradável e frutífero.

À direção do CPRJ, Francisco Sayão e Marcos Gago, pela compreensão da dedicação que o mestrado exigiu, bem como pela autorização de utilização de documentos que viabilizaram os relatos clínicos aqui presentes.

Ao Rodrigo, pelo suporte, amor, paciência, que tornaram esse percurso possível. À minha família pelo carinho e apoio.

A todos aqueles que tive oportunidade de escutar e acompanhar na enfermaria, como Leila, Fátima e Lúcio, e que tanto me ensinaram.

RESUMO

SOUZA, L. F. *Do tratamento psicanalítico das psicoses em enfermaria psiquiátrica pública*. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Essa dissertação parte da experiência de trabalho em uma enfermaria psiquiátrica pública para investigar o tratamento psicanalítico das psicoses em dispositivo de internação. Para tal, faz um percurso sobre a função da internação psiquiátrica no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, apresentando como a enfermaria do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro procura se organizar de acordo com o paradigma da atenção psicossocial. Segue indicando como a presença do psicanalista nesse serviço significa a introdução de uma nova lógica de abordagem da psicose, a lógica do inconsciente, apresentando como Freud e Lacan tomaram as psicoses a partir dessa lógica. Através de dois casos clínicos, discute-se como os elementos da clínica psicanalítica das psicoses podem ser abordados a partir do tratamento em um serviço de internação. Aponta como o tratamento em questão é fundamentalmente tratamento pelo discurso analítico, que toma o sujeito de uma forma radicalmente nova, ao convidá-lo a historicizar seu sofrimento, trazendo os significantes fundamentais de sua história. Aproximamos o trabalho do psicanalista em enfermaria do momento do início do tratamento, abordado por Lacan através das entrevistas preliminares. Isso significa acolher a fala do psicótico, instalando-se como secretário do alienado, condição necessária ao tratamento das psicoses. Isso possibilita que aquela fala passe de um testemunho singular de sua relação com a linguagem para alguma demanda de tratamento, o que ocorrerá caso ele encontre lugar no campo do Outro para sua fala, a partir da escuta do analista. Dessa forma, esse tempo inicial do tratamento pode se desdobrar em uma psicanálise. Entretanto, esse efeito não pode ser tomado como um ideal, sob risco de apagamento do sujeito em questão.

Palavras-chave: Psicose. Psicanálise. Internação Psiquiátrica. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

SOUZA, L. F. *The psychoanalytic treatment of psychosis in public psychiatric infirmary*. 2014. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This dissertation takes the experience in a public psychiatric infirmary to investigate the psychoanalytic treatment of psychosis in hospitalized device. To do this, it makes a path about the function of psychiatric hospitalization in the context of Brazilian psychiatric reform, presenting how the infirmary of Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro seeks to organize itself accordingly to the psychosocial care paradigm. Indicates how the presence of the psychoanalyst in this service means the introduction of a new logic of psychosis approach, the logic of the unconscious, presenting how Freud and Lacan took the psychoses from this logic. Through two clinical cases, we discuss how the elements of psychoanalytic clinic of psychosis can be approached from treatment in a hospital service. We point how the treatment in question is fundamentally treatment by analytical discourse, which considers the subject of a radically new way, in inviting him to historicize his suffering, bringing fundamental signifiers of his history. We approach the work of the psychoanalyst in the infirmary as the beginning of treatment, developed by Lacan through the idea of preliminary interviews. This means listening to the speech of psychotic, establishing the psychoanalyst as secretary of alienated, necessary condition to treat psychosis. This allows that the speech of the psychotic passes from a singular testimony of his relationship with language for some demand for treatment, what will happen if he finds place in the Other to his speech, from the listening of the analyst. Thus, this initial treatment time can become a psychoanalysis. However, this effect cannot be taken as an ideal, at risk of erasure of the subject in question.

Keywords: Psychosis. Psychoanalysis. Psychiatric Hospitalization. Psychiatric Reform

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	7
1	SOBRE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA E A ENFERMARIA DE CRISE DO CPRJ.....	10
1.1	Crítica ao modelo hospitalocêntrico e ao abuso do uso do dispositivo de internação psiquiátrica no Brasil.....	10
1.2	A enfermaria de crise do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro.....	18
1.3	Lógica manicomial, atenção psicossocial e lógica do inconsciente....	21
2	A PSICOSE EM FREUD E LACAN.....	26
2.1	Considerações freudianas sobre a psicose e seu tratamento.....	26
2.2	Jacques Lacan e o tratamento psicanalítico possível da psicose.....	32
2.2.1	<u>O mecanismo fundamental da psicose: a forclusão do Nome-do-Pai.....</u>	32
2.2.2	<u>A forclusão do Nome-do-Pai como questão preliminar a todo tratamento possível da psicose.....</u>	43
3	FRAGMENTOS DE DOIS CASOS CLÍNICOS ACOMPANHADOS EM UMA ENFERMARIA PSQUIÁTRICA PÚBLICA.....	52
3.1	Os “apertos” de Leila.....	53
3.2	Branca de Neve e os caminhoneiros: Fátima.....	57
4	O TRATAMENTO PSICANALÍTICO POSSÍVEL DAS PSICOSES EM UMA ENFERMARIA PSQUIÁTRICA PÚBLICA.....	61
4.1	Tratamento possível das psicoses – pelo discurso psicanalítico.....	61
4.2	Internação: o início do tratamento?.....	65
4.2.1	<u>Do testemunho a demanda.....</u>	72
	MOMENTO DE CONCLUIR.....	82
	REFERÊNCIAS.....	87

INTRODUÇÃO

Em função do movimento da reforma psiquiátrica, o campo de cuidados de pacientes com transtornos psíquicos se transformou, nos últimos trinta anos, no Brasil. Isso incluiu uma mudança na concepção da loucura, a expansão da rede assistencial e a reestruturação da assistência nos dispositivos tradicionais, tais como ambulatórios, emergências e enfermarias psiquiátricas.

O Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) é uma unidade que pertence à Secretaria Estadual de Saúde/RJ, especializada no tratamento de saúde mental, que procura se organizar de acordo com o paradigma da atenção psicossocial, oferecendo diversas modalidades de serviços congregadas, tais como: Emergência, Enfermaria de Crise, Ambulatório e Hospital-Dia e que conta com a presença de equipe multidisciplinar no cotidiano da assistência.

Essa dissertação trata de uma prática desenvolvida na enfermaria de crise dessa unidade, logo uma enfermaria psiquiátrica pública. Consideramos importante fazer essa distinção, pois ao afirmá-la como um dispositivo da rede pública de saúde, decorre que ela está inscrita sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Lei 10216/2001, marco legal da reforma psiquiátrica. Esse movimento, ocorrido no Brasil a partir da década de 1970, abriu a possibilidade de pacientes psiquiátricos se tratarem na rede de saúde em seus diferentes níveis, garantindo uma atenção psicossocial de base comunitária. Isso não nos redime, entretanto, de pensar sobre o momento da internação, à qual ainda se recorre quando, como nos indica a referida lei, todos os outros recursos foram esgotados. O esforço se justifica para que se construa, nessas enfermarias, uma estratégia de cuidado que se distancie do modelo asilar tradicionalmente associado a elas, no qual predominam o uso de contenções químicas e mecânicas e a segregação do louco do espaço social.

A enfermaria do CPRJ procura se organizar de acordo com o paradigma da atenção psicossocial, contando com uma equipe multidisciplinar e oferecendo aos pacientes, além do cuidado básico (medicação, higiene, alimentação, hospedagem), atividades coletivas e atendimentos individuais, onde se estruturam os projetos terapêuticos da internação. A elaboração do projeto terapêutico individual para o momento da internação engloba, além dos atendimentos individuais ao paciente,

entrevista com familiares e/ou cuidadores, contato com serviços que receberão o paciente após a alta, acompanhamento de questões sociais, entre outros.

Minha inserção na equipe é como psicóloga, mas é da perspectiva da psicanálise que procuro operar no trabalho da enfermaria. A direção de um trabalho pela via da psicanálise foi sendo construída a partir do encontro com psicanalistas que tinham a função de supervisão nas instituições em que tive oportunidade de trabalhar, no início do meu percurso profissional. Tal percurso foi elaborado, em parte, na monografia de final de curso da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Fundação Municipal de Saúde de Niterói/RJ, cujo tema foi “Contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental: discussão a partir de um caso clínico”. Nesse trabalho, a partir dos impasses clínicos apresentados, discuti três elementos da clínica psicanalítica que interessariam ao campo da saúde mental: a proposta de uma escuta que vá além de uma atitude compreensiva, tomando o que o psicótico diz ao pé da letra; uma forma diferenciada de acolher a demanda; e a necessidade de abrir mão de certos ideais no tratamento. Consideramos que os elementos trabalhados nessa monografia se tornaram as “balizas éticas” do meu trabalho na enfermaria de crise do CPRJ.

Essa orientação clínica evidencia a aposta de que o psicótico está na linguagem, como nos indica Lacan no seminário 3 (LACAN, 1955-1956/1988). Todavia, entendemos que seria necessário avançar sobre a teoria e a clínica psicanalítica das psicoses para tentar cernir o que da psicanálise é possível num serviço em que: 1) os pacientes, muitas vezes, são internados a sua revelia, levados por seus familiares ou outros agentes públicos (polícia, bombeiros, assistência social); 2) de acordo com os preceitos da reforma psiquiátrica e da gestão pública de saúde, fica-se internado pelo menor tempo possível; 3) não necessariamente haverá contato prévio com o profissional que irá atendê-lo nesse momento e que, provavelmente, tal profissional não o acompanhará depois da internação.

A partir desses pontos, surgem algumas questões que tentaremos responder com essa dissertação: o que faz um psicanalista aí? Como é possível pensar o tratamento psicanalítico da psicose em tal dispositivo? Do que trata um psicanalista numa enfermaria de crise?

No primeiro capítulo, apresentaremos o contexto em que se desenvolve essa experiência, com ênfase na discussão sobre o lugar dos dispositivos de internação a partir da reforma psiquiátrica brasileira. Apresentaremos ainda como se desenvolve

o trabalho na enfermaria de crise do CPRJ e como a especificidade do psicanalista nesse lugar indica a introdução de uma nova lógica ao tratamento das psicoses.

No segundo capítulo, apresentaremos como Freud e Lacan tomaram as psicoses a partir da introdução do conceito de inconsciente e algumas consequências clínicas dessa abordagem.

O terceiro capítulo apresenta dois casos clínicos acompanhados na enfermaria do CPRJ para situar o tratamento possível das psicoses na mesma.

O quarto capítulo extrai dos casos clínicos algumas indicações sobre o tratamento psicanalítico possível das psicoses numa enfermaria psiquiátrica pública, a partir do diálogo com as ferramentas conceituais de Freud e Lacan.

Na conclusão, apresentamos os principais elementos trabalhados na dissertação, indicando ainda possíveis caminhos a trilhar em pesquisas posteriores.

1 SOBRE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA NO CONTEXTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA E A ENFERMARIA DE CRISE DO CPRJ

É impossível falar da experiência realizada numa enfermaria psiquiátrica pública sem situá-la em relação à discussão sobre o dispositivo da internação que vem sendo empreendida no Brasil, nos últimos 40 anos, pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Este surge na década de 1970, questionando fortemente a função terapêutica dos hospitais psiquiátricos, baseado na experiência manicomial instituída no país a partir do século XIX.

Nesse capítulo, apresentaremos essa discussão para situar a função de uma enfermaria psiquiátrica pública na rede de saúde mental, bem como descreveremos o trabalho realizado na enfermaria de crise do CPRJ. Introduziremos, ainda, o que pode significar a presença do psicanalista nesse serviço.

1.1 Crítica ao modelo hospitalocêntrico e ao abuso do uso do dispositivo de internação psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve início no contexto mais amplo da Reforma Sanitária, na qual se destacavam o combate ao Estado autoritário; as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde do governo; e a luta pela construção de um Estado democrático social (FLEURY, 2009). No entanto, embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar (BRASIL, 2005). Para os fins desse trabalho, que versa sobre a prática desenvolvida em uma enfermaria psiquiátrica pública, faremos um recorte dessa história, nos detendo mais sobre aqueles aspectos que tocam diretamente à assistência à crise e aos dispositivos de internação.

Na década de 1970, houve grande crescimento do número das internações psiquiátricas, após a unificação dos Institutos de Aposentadorias, em 1966, centralizando recursos com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Sob a ditadura militar, se expande um parque manicomial privado,

sustentado por recursos públicos, fenômeno que Pitta (2011) denomina “indústria da loucura”. A autora informa que, entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para 30 mil em 1970.

O nascimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, é considerado o momento fundante da reforma psiquiátrica brasileira (PITTA, 2011; AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005). Esse movimento surge na conjuntura de crescimento dos movimentos sociais de oposição à ditadura militar e foi composto de atores, instituições e forças de diferentes origens. Incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005). Segundo Amarante (1995), o MTSM sistematizou as denúncias de violências, ausências de recursos, negligência e utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social. Segundo ele, é nesse momento que começa a se constituir um pensamento crítico sobre a natureza e a função das práticas-médicas e psiquiátrico-psicológicas. A vinda ao Brasil de alguns atores fundamentais da Psiquiatria Democrática Italiana tais como Franco Basaglia¹, contribuiu para o movimento ganhar ainda mais força.

De acordo com Amarante (1995), na década de 1980, vê-se chegar algumas das lideranças do MTSM a cargos de órgãos estatais. Segundo o autor, essa ocupação fazia parte de uma estratégia de mudança “por dentro”, mudança que se realiza na proposta de cogestão². O advento da cogestão possibilitou que os hospitais psiquiátricos públicos mudassem de perfil na rede de saúde, transformando-se em polos de emergência, centros de referência em saúde mental e coordenadores de programas, ações e atividades assistenciais nas diferentes

¹ Experiência que levou mais longe a crítica à psiquiatria e ao modelo asilar, proibindo-se a internação em manicômio através da lei 180, de 13 de maio de 1978. Franco Basaglia foi o líder desse movimento.

² Para mais informações sobre o regime de co-gestão na saúde, sugiro leitura do capítulo “A trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira” em Amarante, P. Loucos pela Vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

áreas programáticas que compõem o Rio de Janeiro (ANDRADE, 1992³ *apud* AMARANTE, 1995).

Tenório (2001a) destaca esse momento como um importante precedente da reestruturação da rede assistencial do Rio de Janeiro, que se efetivaria em 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a gestão do Sistema Único de Saúde. Através dessa medida o controle de entrada para internação na rede passou a se dar exclusivamente pelos Polos de Emergência, implantados em unidades públicas⁴. Segundo o autor:

o monitoramento das guias de internação permitiu a redução do número de internações abusivas, isto é tecnicamente não indicadas, um mapeamento mínimo do fluxo de pacientes em termos de identificação, características clínicas e domicílio, e um início de racionalização de distribuição geográfica dos serviços (TENÓRIO, 2001a, p. 46).

Essa medida representou, portanto, um avanço dentro de uma realidade em que as internações psiquiátricas se faziam majoritariamente não nos hospitais públicos, mas em clínicas psiquiátricas particulares remuneradas pelo setor público, o que, segundo o autor acabava por constituir um empuxo à internação, pois naquele momento:

O sistema e a mentalidade vigentes estão organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferem benefícios financeiros significativos com essas internações e havia total falta de controle por parte do Estado, tornando-se fácil perceber por que esse sistema veio a ser chamado “indústria da loucura” (TENÓRIO, 2001a, p. 46).

Apesar disso, não houve uma mudança no quadro geral da assistência, devido à escassez ou inexistência de serviços que, naquele momento, não fosse a mera internação.

Uma experiência mais exitosa ocorre em Santos na intervenção promovida na Casa de Saúde Anchieta, em 1989. Segundo Pitta (2011, p. 4585), “foi a mais

³ ANDRADE, M. S. *Democratização do hospital psiquiátrico* – um estudo da Colônia Juliano Moreira dos anos 80. 1992. 156 f. Dissertação (Mestrado). - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

⁴ Hospital Pinel, na Zona Sul; Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, hoje Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira; PAM-Bangu, na Zona Oeste, que hoje não atua mais como Polo de Emergência; Hospital Jurandir Manfredini, na Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá (que atualmente não atua como pólo de emergência); e PAM Venezuela, hoje Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), onde se realiza a experiência tratada nesse trabalho.

radical experiência de um modelo substitutivo aos manicômios no país”. A intervenção se deu devido às denúncias de abuso e maus-tratos aos internos. O deslocamento do eixo de cuidado para o território ocorre a partir da implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionavam vinte e quatro horas por dia, sete dias na semana, mas também da criação de cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações.

No mesmo ano, é encaminhado ao Congresso o projeto de lei nº 3.657/89, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O projeto contemplava três pontos: impedimento de construção de novos hospitais e contratação de leitos psiquiátricos pelo poder público; direcionamento dos recursos públicos para criação de “recursos não manicomial de tratamento”; obrigatoriedade de comunicação de internações involuntárias à autoridade judiciária.

Apesar de ter levado doze anos até ser aprovado com o texto final da Lei 10216/01, considerada o marco legal da reforma psiquiátrica, o projeto teve como efeito a elaboração, em diversos Estados da federação, de legislações que regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar (TENÓRIO, 2001a, PITTA, 2011).

A expansão da rede de NAPS⁵ e CAPS⁶ nesse período, entretanto, ainda foi descontínua, devido, dentre outros fatores, à falta de uma linha específica de financiamento para esses dispositivos. Além disso, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. O resultado é que no início dos anos 2000, o país tinha em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O cenário só começa a mudar, efetivamente, após 2001, quando é aprovada a lei 10216/01, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. De acordo com documento do Ministério da Saúde:

⁵ Núcleos de Atenção Psicossocial

⁶ Centros de Atenção Psicossocial

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. (BRASIL, 2005, p. 9).

Esses movimentos devem ser necessariamente articulados, pois o deslocamento do hospital psiquiátrico como elemento central da rede depende do incremento da qualidade e possibilidades de atenção dispensada no território, além das atividades de regulação das atividades hospitalares.

A lei 10216/01 redefine o lugar da internação na rede de saúde mental brasileira, considerando que esta, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além disso, dispõe:

- O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.
- O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.
- É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados acima. (BRASIL, 2001)

Com isso, a lei pretende trazer para dentro dos dispositivos de internação a lógica de atenção psicossocial, de maneira que eles possam trabalhar de forma integrada com os outros serviços da rede de saúde mental, distanciando-se do modelo asilar que historicamente vinha prevalecendo.

A lei procura, ainda, regular as diversas modalidades de internação: voluntária, quando se dá com o consentimento do usuário; involuntária, que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e compulsória, que é a internação determinada pela justiça. Faz isso estabelecendo protocolos mínimos a serem cumpridos para efetivação de cada um desses tipos de internação.

O relatório referente à gestão do período 2007-2010 da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde indica que a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos é uma das principais diretrizes da Política de Saúde Mental

brasileira. Essa reestruturação se faz priorizando a redução de leitos em hospitais com baixo desempenho na avaliação de qualidade assistencial (através do PNASH/Psiquiatria – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.) e hospitais de grande porte (PRH – Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, iniciado em 2004), ou seja, aqueles que têm as “características asilares”, que a lei 10216 menciona.

O relatório acentua, ainda, o fato de que a redução de leitos é pactuada com gestores do SUS e com o controle social, além de ser articulada com outras iniciativas fundamentais para efetivar a desinstitucionalização, como a construção e expansão de uma rede ampla e diversificada que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ações de saúde mental na atenção básica, Programa De Volta para Casa⁷, programas de inclusão social pelo trabalho e a construção de residências terapêuticas.

Seguindo as orientações da lei 10216/01, a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Constatamos que o momento em que esses recursos tem se mostrado insuficientes na rede de atenção psicossocial brasileira são aquelas “situações agudas”, em “crises agudas”, que Franco Rotelli⁸ afirma ser necessário se reconhecer o *direito ao asilo*:

as pessoas têm necessidade daquilo que uma vez se denominava de o direito ao asilo, como alguma coisa da qual os hospitais psiquiátricos foram consequência, mas também [no fato de que] isso é um direito humano em todo seu sentido, que foi mais uma vez totalmente colocado ao avesso pela psiquiatria. O direito ao asilo do qual eu estou falando é aquele direito de você poder sair de uma situação de crise quando a situação está totalmente insuportável, e poder ser hospedado por outros (ROTELLI, 1994, p. 162, grifos do autor)

O referido relatório (BRASIL, 2011) afirma que a expansão dos CAPS III, dispositivo fundamental para acolhimento da crise, ficou aquém do esperado. Os CAPS III seriam os serviços de atenção contínua no território, funcionando diariamente, vinte e quatro horas por dia. Disporiam de, no máximo, cinco leitos para acolhimento noturno, ficando a permanência de um mesmo paciente nesse regime

⁷ Estabeleceu em 2003 (Lei 10.708/03) o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de longas internações psiquiátricas.

⁸ Psiquiatra que substituiu Franco Basaglia na coordenação da experiência de Trieste, Itália, após a morte deste último.

limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias⁹.

Outro dispositivo que poderia reduzir a demanda por internações em hospitais psiquiátricos seriam os leitos psiquiátricos em hospital geral. Esse dispositivo, todavia, também teve uma expansão muito pequena nos últimos anos: “Os Hospitais Gerais, por trabalharem na lógica de especialidades clínicas, apresentam muitas barreiras para realizar a interface com a comunidade e a articulação com a rede de saúde mental e os territórios” (BRASIL, 2011, p. 40).

Vê-se, então, que a questão dessa hospedagem no momento da crise está colocada na forma de um impasse na construção de uma rede de atenção psicossocial que prescindia do hospital psiquiátrico. Pitta (2011) em sua análise sobre os 10 anos de vigência da lei 10216/01, afirma:

Ainda não conseguimos assegurar o cuidado das crises psicóticas ou das demandas de fissura e abstinência de usuários de crack em situação de rua se os serviços ambulatoriais e comunitários cerram suas portas às cinco da tarde na sua grande maioria. O que fazer quando a noite vem? Continua o manicômio no imaginário coletivo como o abrigo seguro para as situações críticas? Extremo retrocesso! (PITTA, 2011, p. 4580).

Lobosque (2011, p. 4590) também coloca a atenção à crise como o grande desafio da Reforma:

há que declarar em alto e bom som o nosso propósito efetivo de extinção dos hospitais psiquiátricos e instituições afins. Eles não fazem parte da rede tal como a concebemos: não vale encaminhar- lhes, de forma implícita ou não, aqueles casos que “não damos conta”. Tal constatação nos leva, por um lado, à importante questão da implantação dos CAPS III (Centros de Atenção Psicossocial), cuja escassez em território brasileiro é um dos pontos fracos da nossa Reforma. Leva-nos, por outro lado, a pensar que a crise, dependendo de sua gravidade, do contexto sócio familiar, do vínculo entre usuário e equipe, pode também ser acolhida em diferentes pontos da rede: não só nos CAPS, mas na atenção básica, nos centros de convivência, e assim por diante. Seja como for, importa sustentar o que se segue: não há Reforma Psiquiátrica efetiva sem garantia de atendimento à crise.

Ressaltamos o caráter deletério que a dificuldade de articulação para o cuidado da crise tem tido em relação à própria continuidade do processo de reforma psiquiátrica brasileiro. O relatório de gestão da coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde no período 2007-2010 (BRASIL, 2011) destaca a dificuldade de

⁹ Portaria GM 336/2002.

interlocução com as entidades médicas que criticam a adequação e efetividade dos CAPS, o processo de redução de leitos, a direção dos serviços, que deveria ser exercida apenas por médicos, entre outros. As iniquidades do atendimento à crise, decorrentes de problemas estruturais da rede de saúde, pode provocar uma adesão acrítica a esse discurso como as que o mesmo relatório indica em relação à mídia que, em longas reportagens sobre problemas de saúde mental, frequentemente associa as dificuldades descritas “à política do Ministério da Saúde de fechamento de leitos”.

Dentro do panorama apresentado, as enfermarias públicas de saúde mental ainda constituem um espaço para onde se dirigem as “crises psicóticas” de que fala Pitta. O necessário redirecionamento do cuidado das pessoas que sofrem com transtornos psíquico para fora da internação tem como efeito uma baixíssima produção de conhecimento sobre o trabalho que ainda é realizado nessas unidades, as quais, em nosso entendimento, devem ser privilegiadas em detrimento das unidades particulares conveniadas ao SUS, pois se adequam melhor às condições estabelecidas na lei 10216/01 indicadas anteriormente, buscando se organizar a partir das premissas da atenção psicossocial.

A propósito da questão da internação, nos alinhamos com Tenório (2001a, p. 75):

Combater as internações, portanto, significa superar uma situação em que elas são o recurso prioritário, senão único, de tratamento, atendem a interesses tanto de segregação social da diferença quanto de enriquecimento privado e não correspondem a nenhum investimento de desejo e terapêutica. Em outras palavras, superar uma situação em que internação é rotina e destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário, e, sobretudo investido de desejo por parte da equipe, que se implica responsabilmente por seu ato.

É essa diferença em relação ao hospital psiquiátrico tradicional que procura-se realizar na experiência de trabalho na enfermaria de crise do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, que apresentaremos a seguir.

1.2 A enfermaria de crise do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro

O Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ) é a única unidade de saúde pertencente à Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ) que é especializada no tratamento de saúde mental. Foi inaugurado em 1998, depois do fechamento do PAM Venezuela, que, como vimos, era um dos polos de emergência psiquiátrica do município do Rio de Janeiro, função que o CPRJ segue ocupando. Fundando-se, portanto, no bojo do movimento de reestruturação da assistência psiquiátrica no Rio de Janeiro, o CPRJ procura se organizar de acordo com o paradigma da atenção psicossocial, o que fica evidente no texto de sua missão institucional: “responder às diversas necessidades do sujeito em risco psicossocial, que esteja em grave sofrimento psíquico, oferecendo nas várias modalidades (emergência, internação, ambulatório, hospital-dia) de atendimento humanizado, procurando não separar este sujeito de seu contexto familiar e/ou comunitário” (CPRJ, 2003). Atualmente, o CPRJ oferece além das modalidades de serviços mencionadas acima, o projeto de visita domiciliar, destinado àqueles pacientes que não conseguem chegar à Unidade, e o Programa de Atenção à Terceira Idade (PATER). Recentemente, foi inaugurado o Ponto de Cultura Harmonia Enlouquece, que visa abrir para visitação pública uma coleção de discos de vinil raros doados ao CPRJ. Ressaltamos, ainda, que atualmente o CPRJ também se constitui em campo de formação de profissionais para o trabalho na saúde mental pública, contando com estágio multidisciplinar em saúde mental, residência médica em psiquiatria e residência multiprofissional em saúde mental.

Sendo o serviço de emergência do CPRJ um dos polos de internação no município do Rio de Janeiro, recebe todo tipo de demanda por essa modalidade de atendimento, desde a demanda espontânea, feita pelo próprio paciente; os pedidos feitos por familiares e cuidadores; a demanda de serviços públicos como polícia, corpo de bombeiros e SAMU, que trazem pacientes que estejam causando transtornos em locais públicos; e mais recentemente, as internações compulsórias, decretadas pela Justiça. Quando a equipe da emergência avalia que não é possível tratar de uma determinada situação de crise com recursos extra-hospitalares, o paciente é então encaminhado para enfermaria. A enfermaria do CPRJ se responsabiliza pela assistência durante a crise da população da A.P. 1.0, que

compreende os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama¹⁰. Como o número de leitos é reduzido, a enfermaria tem como recurso solicitar a transferência dos pacientes para outras unidades de internação psiquiátrica, tanto próprias do SUS, como conveniadas a esse (leitos contratados em hospitais particulares). A avaliação de quais pacientes têm indicação de permanência no CPRJ e quais serão transferidos faz parte da rotina de trabalho da enfermaria.

A enfermaria é composta por vinte leitos (treze femininos e sete masculinos) e prevalecem internações de curta permanência. Para a realização de tal trabalho, a enfermaria conta com uma equipe multidisciplinar que se divide em três mini-equipes, as quais se responsabilizam por atividades específicas durante a internação: a *equipe de enfermagem*, que empreende o cuidado cotidiano dos pacientes (medicação, higiene, alimentação, dentre outros), composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem; a *equipe de atividades*, que realiza o trabalho coletivo entre os pacientes, utilizando-se de diferentes materiais e técnicas como recurso, compostas por psicólogas e terapeutas ocupacionais; e a *equipe de assistência*, que responde pela direção de tratamento individualizado de cada paciente. Estou inserida nesta última equipe, que é formada por médicos, psicólogas, enfermeiros e assistentes sociais. Ao ser internado, cada paciente passa a ter como referência um médico e uma psicóloga. A incorporação dos outros profissionais vai depender das demandas de cada caso; e dos vínculos com profissionais que o paciente venha a estabelecer no período de internação¹¹. De modo que as equipes de tratamento, em cada caso, vão se arranjando de acordo com os projetos terapêuticos de cada paciente.

As demandas de cada caso são levantadas a partir dos atendimentos individuais com os pacientes e com os seus familiares e/ou cuidadores, realizados durante a internação. Elas servem de base para a elaboração do projeto terapêutico a ser empreendido durante a mesma. Alguns dos itens que são avaliados nessas entrevistas são: a adesão a alguma modalidade de tratamento; o suporte sócio-

¹⁰ Área de Planejamento Sanitário, constituídas na tentativa de viabilizar a regionalização de ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município do Rio de Janeiro. In: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reorganizando_SUS_municipio_rio_de_janeiro.pdf

¹¹ Isso significa que os profissionais das equipes de enfermagem e de atividades podem participar da assistência mais individualizada de um paciente, se houver um vínculo que justifique essa decisão.

familiar; a presença de risco psicossocial; comprometimento de laços sociais. De maneira que o objetivo do tratamento na internação não se resume a remissão do quadro sintomatológico que a teria motivado, mas também a (re)elaboração de uma estratégia de cuidado fora desse dispositivo, que privilegie o tratamento em serviços de saúde mental no território e a redução da demanda de internação. Os projetos terapêuticos são elaborados coletivamente, pela equipe responsável pelo caso.

A atenção aos familiares também é considerada relevante durante a internação, pois muitas vezes a demanda da internação parte deles. Encontramos entre os familiares dos pacientes internados dois tipos de atitude em relação à internação: alguns se culpabilizam pela decisão, pois devido à história de segregação dos loucos entendem a internação como sinônimo de abandono; outras, por sua vez, aderem ao senso comum de que “lugar de louco é no hospício” e afirmam que a responsabilidade por seu familiar com transtorno psíquico é do Estado. Para trabalhar tais questões, são propostos atendimentos individuais e, mais recentemente, um grupo de familiares, que se constitui num espaço coletivo de trocas sobre a experiência de ter um familiar, com sofrimento psíquico, internado.

Vale destacar que o CPRJ está submetido aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre eles, o princípio da universalidade tem acentuado impacto no trabalho da enfermagem. O princípio da universalidade preconiza que a saúde é um direito de todos e que é dever do poder público a provisão de serviços e ações para toda e qualquer pessoa. A partir desse princípio, o CPRJ procura garantir o acesso à internação a todos àqueles que dela necessitem, não permitindo que o acesso a mesma seja negado por alegação de falta de vagas. Isso tem como efeito que a equipe trabalhe para que as internações durem o menor tempo possível, de maneira a garantir a rotatividade dos leitos.

O trabalho de levantamento das demandas, acompanhamento do paciente e seus familiares, encaminhamento para serviço territorial de referência é, portanto, atravessado pela pressão por vagas. Isso acaba requerendo decisões e encaminhamentos rápidos.

Assim, é entre o paradigma da atenção psicossocial, os princípios da gestão pública de saúde, o discurso médico, além do fantasma da lógica hospitalocêntrica, que se constrói o trabalho da enfermagem de crise do CPRJ. Como pode um psicanalista se situar aí? É o que tentaremos elaborar a partir de agora

1.3 Lógica manicomial, atenção psicossocial e lógica do inconsciente

No cotidiano da enfermaria, quando um paciente chega, ofereço minha escuta e a possibilidade de que fale do que quiser. A aposta é que, a partir dessa fala, algo do sujeito possa aparecer, algo que possa localizá-lo tanto em relação à situação que culminou na internação, quanto ao seu sofrimento naquele momento. O trabalho junto à equipe e aos familiares se desenrolará a partir dos elementos extraídos do discurso daquele paciente, na tentativa de dar lugar ao que lhe é particular. O terceiro aspecto relevante é a construção, durante a internação, de uma possibilidade de continuidade do tratamento após a alta. Construção que entendo que deve ser articulada ao que foi dito e recolhido durante a internação. A meu ver, é somente nessa articulação com seu dito, que uma “adesão ao tratamento”, aspecto tão prezado no campo da psiquiatria, pode interessar. Para ser operativo, o encaminhamento deve estar atrelado a uma questão do sujeito, fato que não ocorre quando se trata somente de uma prescrição de comportamento ou de medicação¹².

Consideramos que esse modo de trabalhar vai ao encontro das premissas da atenção psicossocial. Por trás de todo o movimento de mudanças na assistência a sujeitos em sofrimento psíquico se encontra uma discussão sobre a própria lógica que orienta o cuidado dessa clientela.

Amarante (2007) indica, baseado na obra de Michel Foucault, que a história da medicina ocidental moderna implica uma relação com a doença enquanto objeto abstrato e natural, e não com o sujeito da experiência da doença.

Além disso, aponta que o primeiro e mais fundamental princípio do tratamento moral, proposto por Pinel para os loucos é o “princípio do isolamento do mundo exterior”. Esse princípio se articula com ideia de *alienação mental*, segundo a qual a loucura seria decorrente do afastamento do homem da natureza, afastamento operado pelo meio social. Pelo contato com a sociedade, o louco estaria alienado de sua própria verdade, a chamada *consciência moral*. A alienação era considerada um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade. Hegel, ao analisar o livro de

¹² Na apresentação dos casos clínicos ficará mais claro a práxis na enfermaria.

Pinel, afirma que a alienação não seria a perda absoluta da razão, mas simplesmente desordem no seu âmago (AMARANTE, 2007).

Machado (2006) afirma que com isso, o fenômeno da loucura vai ser lançado para o interior do próprio sujeito, abrindo espaço para sua transformação em doença mental. A noção de alienação instaura a ideia de alguém passível de recuperação ou cura, pois sob a alienação existe algo de inalienável, que, segundo o autor seria explicitado em psiquiatria em termos de natureza, verdade, razão moral. “Se a loucura é alienação, sua cura é retorno ao inalienável pela ação exercida pelo hospício” (MACHADO, 2006, p. 73)¹³.

Se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, é o isolamento que permite afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-las (AMARANTE 2007, p. 29).

Essa concepção dá esteio à prática de segregação dos loucos para tratamento. Mas a prática exercida nos hospícios não se resume à segregação do louco do corpo social. A partir daí tem início o desenvolvimento de métodos para restituir ao louco sua natureza moral perdida. Esse é o escopo do tratamento moral desenvolvido por Pinel, cujos operadores são:

a religião, purificada de suas formas imaginárias e reduzida a seu conteúdo essencial; o medo, que deve incutir culpa e responsabilidade; o trabalho, que cria o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação; o olhar dos outros, que deve produzir autocontenção e é desmistificador; a infantilização; o julgamento perpétuo, que faz do hospício um microcosmo judiciário e do louco um personagem em processo; e (...) o médico, responsável pela internação e autoridade mais importante no interior do asilo (MACHADO, 2006, p. 72).

Consideramos fundamental que um trabalhador em saúde mental se detenha sobre esses elementos da “terapêutica” asilar, destacados por Foucault, de modo a possibilitar uma revisão crítica de suas práticas. São eles que, junto com a

¹³ Serpa Jr. (1999, p. 30) mostra que é essa ideia de alienação que vai possibilitar que Gladys Swain lance um olhar sobre o nascimento da psiquiatria, diferente de Foucault: “Swain identifica em Pinel a originalidade de ter concebido a loucura como sendo sempre total e sempre parcial. (...) Total porque a loucura, ou cada uma de suas formas, não seria o acometimento de uma faculdade mental específica ou isolada. E parcial porque a alienação mental não seria nunca capaz de aniquilar o sujeito inteiramente. Persistiria sempre ao menos uma fração subjetiva, o chamado ‘sujeito da loucura’, a quem o alienista poderia se dirigir quando de um trabalho terapêutico”.

segregação dos loucos no espaço asilar, constituem o fundamento da lógica manicomial de “tratamento” da loucura.

O tratamento moral consistia na soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e as ilusões e chamar a consciência à realidade (AMARANTE, 2007, p. 33).

A ideia central do processo de *desinstitucionalização* proposto por Franco Basaglia, líder do movimento de psiquiatria democrática italiana é que o aparato manicomial deve ser entendido não somente como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana. Logo, é contra a própria “instituição” psiquiatria, instituição aí entendida como conjunto de aparato científico, legislativo, administrativos, referidos a categoria de doença mental, que esse movimento se insurge.

Consideramos importante, para os fins desse trabalho, entender que a lógica manicomial não se restringe a uma prática que se efetue dentro ou fora da internação psiquiátrica, assentando-se, portanto, numa certa maneira de reconhecer o sujeito em sofrimento psíquico. Como vimos, a lei 10216/01 procura trazer para dentro dos dispositivos de internação o paradigma da atenção psicossocial, abrindo a possibilidade de inserção de psicanalistas nessas equipes, visto que a partir daí são aspectos da existência-sofrimento (DELL’AQUA; MEZZINA, 2005) dos sujeitos que serão tratados também lá.

Basaglia considerava que o problema da psiquiatria seria separar a doença da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ao considerar a doença um objeto natural, ocupa-se dela e não do sujeito que a vivencia. Por esse motivo, propunha colocar a doença entre parênteses para que se fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência.

Tenório (2001b) afirma que o campo da atenção psicossocial designa um novo paradigma de cuidados em saúde mental, caracterizado por um conjunto de dispositivos e instituições que fazem com que o cuidado em saúde mental tenha uma incidência efetiva no cotidiano das pessoas atendidas. Ressaltando que, nos escritos que apresentam essa nova modalidade de cuidado, a psicose é considerada uma questão de existência, o que engendra novas noções de tratamento e cura.

O autor indica que ao se opor à demissão subjetiva proposta pelo manicômio e situar o tratamento na referência permanente à questão da existência, a reforma psiquiátrica propõe que a ação psiquiátrica dê lugar ao sujeito. Esse contexto produz condições mais favoráveis ao trabalho do psicanalista.

Ele destaca que, contudo, no campo da atenção psicossocial vigoram concepções como o sujeito psicológico, o cidadão, o sujeito da ação social, que são distintas do conceito de sujeito para a psicanálise. Logo, não se pode subsumir um ao outro.

A entrada de psicanalistas no campo da saúde mental significa, portanto, a introdução de uma nova lógica: a lógica do inconsciente.

Lacan (1966/2003) aponta que o que Freud produziu ao fazer das memórias de Schreber um caso clínico foi introduzir aí o sujeito como tal. Quinet (2000) afirma que a introdução do sujeito é uma questão de construção a partir da lógica do inconsciente.

O que encontramos ao fazer um percurso pelos textos de Freud sobre a psicose é seu esforço em introduzir nesta a lógica do inconsciente.

Uma construção a partir dessa lógica é definida por Lacan em seu seminário sobre a ética da psicanálise da seguinte maneira: “A hipótese freudiana do inconsciente supõe que a ação do homem, seja ele são ou doente, seja ela normal ou mórbida, tem um sentido escondido para o qual pode se dirigir” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 374).

Esse modo de tomar a ação do homem, ou seus sintomas, Freud afirma que marca a diferença entre a psicanálise e a psiquiatria. Na conferência “O sentido dos sintomas”, Freud apresenta a diferença de perspectiva entre a psiquiatria e a psicanálise sobre os fenômenos psicóticos (FREUD, 1917[1916-1917]/1996, p. 265):

expliquei-lhes que a psiquiatria clínica atenta pouco para a forma externa do conteúdo dos sintomas individualmente considerados, que a psicanálise, entretanto, valoriza precisamente este ponto e estabeleceu, em primeiro lugar, que os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente.

Na conferência “Psicanálise e Psiquiatria”, Freud parte de duas situações clínicas, uma delas um delírio de ciúme, quando, então, apresenta as diferenças entre esses campos. Afirma que o psiquiatra contenta-se com o diagnóstico, o prognóstico e a evolução incerta dos quadros que acompanha. Deixando em aberto,

perguntas sobre de onde se originou o delírio, o por quê surge um delírio de ciúme, e em que situações ocorrem tais delírios.

A base dessa diferença é o método psicanalítico:

A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise; toca superficialmente qualquer inferência acerca do conteúdo do delírio, e, ao apontar para a hereditariedade, dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar primeiro as causas mais especiais e próximas (FREUD, 1917[1916-1917]/1996, p. 261)

Freud (1917[1916-1917]/1996) afirma, todavia, que isso não implica numa oposição entre psicanálise e psiquiatria, indicando que há entre elas uma relação de complementaridade. Ou seja, não se trata de oposição ou complementação, mas, de suplementação, de algo a mais que a psicanálise tem a oferecer como contribuição ao campo médico¹⁴.

Na psicose, não é possível dizer que a evidência da lógica do inconsciente se dá pela ideia que a ação do homem tem um sentido escondido. Freud faz suas construções sobre a paranoia a partir do relato autobiográfico de Schreber. Relata que assim se autoriza, devido à peculiaridade dos paranoicos de revelar o que os neuróticos mantêm escondidos como um segredo. Desse modo, afirma ele, um relatório escrito ou uma história clínica impressa podem tomar o lugar de um conhecimento pessoal do paciente (FREUD, 1911/1996).

Lacan (1955-1956/1988) aponta que a abordagem que Freud deu ao livro de Schreber é inteiramente nova, decifrando-o do modo como se decifram hieróglifos, e que a interpretação analítica se demonstra ali simbólica, no sentido estruturado do termo, pois está fundamentada no significante.

Introduzir a lógica do inconsciente seria, portanto, trabalhar com a hipótese que Lacan cerne a partir da obra de Freud de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. O esforço de Lacan no seminário sobre as psicoses é apresentá-las como uma estrutura que revela a relação do sujeito com o campo da linguagem. Afastando-as, portanto, de qualquer apreensão organicista ou psicologizante.

Seguiremos apresentando como Freud e Lacan tomaram as psicoses a partir dessa lógica e que consequências extraíram para pensar o tratamento possível desses sujeitos.

¹⁴ Consideramos que essa pontuação freudiana sobre a relação da psicanálise com a psiquiatria é mais uma baliza ética para o psicanalista que trabalha num dispositivo psiquiátrico.

2 A PSICOSE EM FREUD E LACAN

2.1 Considerações freudianas sobre a psicose e seu tratamento

Observamos que Freud procura introduzir a lógica do inconsciente nas psicoses desde suas primeiras formulações. Nestas, destaca-se o tema da *defesa*, num momento em que divide as neuroses entre neuropsicoses de defesa e neuroses atuais. Essa perspectiva da defesa na psicose vai se refinando ao longo da obra freudiana, estará sempre presente – em “O mal-estar da civilização” (1929[1930]/1996), por exemplo, constata na psicose “uma desesperada tentativa de rebelião” contra o mal-estar, ao tentar recriar o mundo, construindo outro em seu lugar, no qual os aspectos mais insuportáveis seriam eliminados e substituídos por *outros mais adequados aos seus próprios desejos*.

Em “As neuropsicoses de defesa” (1894), Freud vai se deter nos mecanismos de defesa utilizados na histeria, na neurose obsessiva e na confusão alucinatória. Na base dessas neuroses, encontra-se um conflito entre o eu e uma representação incompatível que suscitou um afeto tão aflitivo que o sujeito resolveu esquecer-lo, na impossibilidade de resolver a contradição entre seu eu e essa representação, por meio da atividade de pensamento.

Apesar de incluir a psicose alucinatória entre as neuropsicoses de defesa, na terceira parte desse ensaio, Freud vai trabalhar “uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida”, que ocorreria na confusão alucinatória. Nos dois primeiros tipos de defesa, há a separação da representação incompatível e do afeto e a representação permanece na consciência, ainda que enfraquecida e isolada; na psicose alucinatória, entretanto, diz Freud, o eu rejeita a representação intolerável juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Freud afirma: “Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como ‘confusão alucinatória’ (FREUD, 1894/1996, p. 64).

Freud afirma que o eu rompe com essa representação incompatível, que fica “inseparavelmente ligada a um fragmento da realidade, de modo que à medida que

o eu obtém esse resultado, também ele se desliga, total ou parcialmente, da realidade” (FREUD, 1894/1996, p. 65).

Nas “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (FREUD, 1896a), irá se debruçar sobre a análise de um caso de paranoia, indicando suspeitar que alguns casos de paranoia sejam também “psicoses de defesa”, na medida em que seus sintomas são determinados por “conteúdos recalçados”. Coloca, no entanto, que a paranoia deve ter um método ou “mecanismo especial de recalque”. Entendemos com isso que Freud já apostava que os fenômenos psicóticos tinham uma estrutura de linguagem, abordagem que se aprofunda com a análise das memórias de Schreber. Todavia, trata-se de uma estrutura diferente daquela do sintoma neurótico, como vinha sublinhando.

No Rascunho H (1895/1996), Freud indica a projeção como mecanismo de defesa característico da paranoia. Ele afirma que o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o eu, projetando seu conteúdo no mundo externo.

Na análise de um caso clínico, aponta que aquilo que antes se tratava de uma autocensura interna, agora aparecia como uma recriminação vinda de fora: “Assim o tema permanecia inalterado; o que mudava era a *localização* da coisa” (FREUD, 1895/1996, p. 255, grifos do autor). Marca que com isso o julgamento que o paranoico teria que aceitar, caso fosse proveniente de dentro, pode, então, ser rejeitado já que emerge como se viesse do exterior: “Dessa forma, o julgamento, a censura, era mantida afastada de seu ego” (FREUD, 1895/1996).

Freud faz uma distinção entre a paranoia e a confusão alucinatória, afirmando que nesta a totalidade da ideia incompatível – afeto e conteúdo – é mantida afastada do eu e que isso só se torna possível à custa de um desligamento parcial do mundo externo. As alucinações, nesses casos, comprazem ao ego e apoiam a defesa. Já na paranoia, o conteúdo e o afeto da ideia incompatível são mantidos, mas são projetados no mundo externo. As alucinações, diz ele, são hostis ao ego, mas também apoiam a defesa. O que teria, na paranoia, uma função análoga às alucinações na confusão alucinatória seria a megalomania: “(...) a referência a si mesmo sempre tenta provar a correção da projeção” (FREUD, 1895/1996, p. 258).

Freud aponta ainda que com a mesma energia que o que é intoleravelmente penoso é rechaçado, a ideia delirante que é construída é sustentada. E afirma que essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmos.

Na análise das memórias de Schreber (FREUD, 1911/1996), sobre a ideia de se transformar em mulher e a adoção de uma atitude feminina para com Deus, que supõe ser o delírio primário e o que restou deste após a cura, vai remontar esse desejo à relação do menino com seu pai. Afirma, entretanto, que isso não é característico da paranoia, estando presente em outras neuroses. Considera que o caráter distintivo da paranoia está na forma específica assumida pelos sintomas e que segundo ele, é determinada não pela natureza dos próprios complexos, mas pelo mecanismo mediante o qual os sintomas são formados ou a defesa é ocasionada.

É nesse sentido que irá rever o papel que a projeção desempenha na paranoia, afirmando que na verdade “aquilo que foi abolido retorna desde fora” (FREUD, 1911/1996, p. 78), construindo tal perspectiva a partir da análise da particularidade da defesa na paranoia.

Na análise do caso Schreber, Freud (1911/1996) vai delinear essa defesa nos termos dos três tempos do recalque: fixação, recalque propriamente dito e retorno do recalcado. Apesar da impossibilidade dessa proposta responder totalmente àquilo que ocorre nas psicoses, pensamos que a construção freudiana é fundamental, pois aponta para os diferentes tempos, movimentos, do sujeito, importantes para posterior avaliação do que ocorre no momento do desencadeamento da psicose.

Freud (1911/1996) investigará o caso Schreber lançando luz sobre o mecanismo de “recalque propriamente dito” na paranoia. Faz isso pela análise do delírio de fim do mundo, comum nas paranoias, afirmando que o paciente retira do mundo externo em geral, o investimento libidinal que até então havia dirigido para ele, tornando tudo indiferente e irrelevante. Coloca que o *fim do mundo* é a projeção dessa catástrofe interna em que seu mundo subjetivo teria chegado ao fim, desde o retraimento do seu amor por ele. É nessa “catástrofe” que podemos ler o momento do desencadeamento da psicose.

Freud vai apresentar, então, seu entendimento sobre o delírio, fundamental para o trabalho com a psicose, afirmando que o paranoico vai reconstruir o mundo com o trabalho de seu delírio: “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/1996, p. 78). E acrescenta: “Tal reconstrução após a catástrofe é bem sucedida, em maior ou menor grau, mas nunca inteiramente; nas palavras de Schreber, houve uma ‘profunda mudança interna’ no mundo” (FREUD,

1911/1996). No entanto, com ela, o sujeito recapturou uma relação com o mundo, mesmo que agora este seja sentido como hostil¹⁵.

Freud marca que o processo de defesa consiste num desligamento da libido das pessoas e coisas que foram anteriormente amadas, processo silencioso, do qual não temos notícias. Só podemos apreendê-lo depois, no processo de restabelecimento que se impõe tão ruidosamente, desfazendo numa certa medida o trabalho da defesa e trazendo de volta a libido para as pessoas que tinha abandonado. Na base desse processo, na paranoia, encontra-se a fixação da libido no narcisismo, estágio do desenvolvimento da libido que se situa entre o autoerotismo e o amor objetal, descrito como um momento em que o sujeito reúne suas pulsões sexuais, a fim de obter um objeto amoroso e começa tomando a si próprio, seu próprio corpo como objeto.

Essa fixação no narcisismo daria a especificidade da retirada da libido na paranoia – o desligamento da libido não pode ser o fator patogênico nesta, tem que haver alguma característica especial do desligamento paranoico da libido. Freud vai colocar que o específico é o destino que será dado para essa libido desligada. Indica que na paranoia a libido retirada do objeto é utilizada de modo especial – “(...) a libido liberada vincula-se ao ego e é utilizada para o engrandecimento deste” (FREUD, 1911/1996, p. 79). Aí aparece a origem da megalomania, à qual Freud dará especial relevo no texto sobre o narcisismo.

Freud (1911/1996) estabelece uma diferença entre o destino da libido na paranoia e na esquizofrenia, colocando que, embora a defesa tenha a mesma característica em ambos os quadros – desligamento da libido, juntamente com sua regressão para o eu –, na esquizofrenia essa regressão se estende não simplesmente ao narcisismo, mas a um completo abandono do amor objetal e um retorno ao autoerotismo infantil. Isso se refletiria nas próprias manifestações da doença, havendo na esquizofrenia a predominância de alucinações como resultado da luta entre defesa e uma tentativa de restabelecimento, para devolver a libido a seus objetos.

Souza (1991) afirma que a retirada libidinal, o retraimento da libido em sua função de investir no mundo, é uma “ideia diretriz” na concepção freudiana das

¹⁵ Essa formulação é um dos marcadores da diferença entre a clínica psicanalítica das psicoses e a clínica psiquiátrica. Apesar de bastante conhecida, demonstraremos, a partir de um dos casos clínicos, que não é simples sustenta-la numa instituição psiquiátrica.

psicoses, que aponta para uma unidade necessária ao campo das psicoses determinada por uma espécie única de mecanismo responsável pelos dois tipos clínicos: paranoia e esquizofrenia.

No texto “Neurose e Psicose” (1924[1923]/1996), Freud indica que “resta considerar” esse mecanismo análogo ao recalque, por cujo intermédio o eu se desliga do mundo externo na psicose. Assevera que esse mecanismo, como o recalque, deve abranger uma retirada do investimento enviado pelo eu. Essa questão vai ser desdobrada no texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924/1996), no qual afirma que a diferença entre neurose e psicose não pode ser colocada numa questão de perda da realidade, logo nesse desligamento do mundo externo que havia mencionado. Uma perturbação da realidade, de fato, é constatada em ambas as estruturas. Contudo, entrevemos aí a *espécie mais poderosa* de defesa que Freud reconhece na psicose desde o início de sua obra: na gênese da psicose reconhecem-se dois passos distintos – o primeiro arranca o eu da realidade; o segundo quer reparar o dano e restabelece a relação com a realidade à custa do isso. O segundo passo da psicose, portanto, compensa a perda da realidade com a criação de uma nova realidade, que não ofereceria o mesmo choque daquela que foi abandonada. Freud (1924/1996) destaca, entretanto, que é provável que o pedaço recusado da realidade imponha-se sem cessar à vida anímica.

Esse percurso pelas considerações freudianas sobre as psicoses colabora para entendermos seu descrédito em relação à aplicação do método psicanalítico das psiconeuroses a elas. Ao longo de sua obra, Freud não deixa de advertir sobre a inadequação da aplicação do método psicanalítico aos casos de psicose, apontando para a inacessibilidade desses sujeitos ao tratamento analítico (FREUD, 1914/1996; 1933[1932]/1996). Na conferência “Explicações, aplicações e orientações”, ele credita as dificuldades de aplicação do método psicanalítico à rigidez psíquica dos psicóticos: “(...) os processos mentais, aos quais se poderia muito bem indicar outros caminhos, parecem incapazes de abandonar velhos rumos” (FREUD, 1933[1932]/1996, p. 152). Pode-se relacionar essa rigidez psíquica com o processo, descrito por Freud, de retirada da libido dos objetos e sua fixação no narcisismo na paranoia e que também justificaria sua assertiva de que os psicóticos amam seus delírios como a si mesmos.

A indicação do delírio como tentativa de cura, de remendo no lugar onde apareceu uma fenda entre o eu e a realidade, reitera o cuidado que é necessário ter

com a produção psicótica. Na conferência de 1932 (FREUD, 1933[1932]/1996), ele indica que a própria forma da doença é um limitador para a aplicação da psicanálise, visto que o campo de aplicação da terapia analítica é o das neuroses de transferência. Elementos semelhantes são destacados por ele também em “Esboço de Psicanálise” (FREUD, 1940[1938]/1996). Lá ele adverte sobre a impossibilidade de tratamento da psicose, posto que um aliado útil no trabalho de análise seria o eu ter conservado alguma “coerência e fragmento de compreensão da realidade”, o que segundo ele, o eu do psicótico não pode cumprir devido à relação que o mesmo estabelece com a realidade. Interessante que Freud destaca que isso tem efeitos na possibilidade de estabelecimento da transferência: afirma que o paciente “Muito cedo ter-nos-á abandonado, bem como à ajuda que lhe oferecemos, e nos juntado às partes do mundo externo que não querem dizer mais nada para ele” (FREUD, 1940[1938]/1996, p. 188).

Por conta disso, em “Sobre o início do tratamento” (1913), propõe um “período de experiência”, “experimento preliminar”, para, entre outros objetivos, estabelecer uma distinção diagnóstica entre neurose e psicose. Afirma: “Ele [o psicanalista] não pode cumprir sua promessa de cura se o paciente está sofrendo, não de histeria ou neurose obsessiva, mas de parafrenia, e, portanto, tem motivos particularmente fortes para evitar cometer equívocos no diagnóstico” (FREUD, 1913/1996, p. 140).

Entretanto, na conferência “Explicações, aplicações e orientações” (FREUD, 1933[1932]/1996), ele indica uma certa inevitabilidade de tomar psicóticos em tratamento:

Seria inteiramente legítimo acautelar-me dos insucessos, excluindo cuidadosamente esses casos. Tal precaução levaria a uma melhora nas estatísticas da análise. Todavia, aqui há uma armadilha. Nossos diagnósticos são feitos após os eventos. [...] Não podemos julgar o paciente que vem para o tratamento [...], senão depois de havê-lo estudado analiticamente por algumas semanas ou meses (FREUD, 1933[1932]/1996, p. 152-153)

Além disso, na conferência “Psicanálise e Psiquiatria” (FREUD, 1917[1916-1917a]/1996), Freud afirma que apesar de uma psicanálise não ser capaz de influenciar os delírios, não se deveria rejeitar a análise de tais casos por ser infrutífera. Afirma que tem-se a obrigação de efetuar a pesquisa sem considerar qualquer efeito benéfico imediato, sendo instrumento de investigação, que

posteriormente, poderia se transformar em “poder terapêutico”. É certo que quem trabalha com a psicose hoje extrai “poder terapêutico” das considerações freudianas.

Em 1940, entretanto, ele abre a possibilidade de tratamento da psicose contanto que abandonemos o plano de cura do método psicanalítico aplicado às neuroses de transferência: “renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que lhes adapte melhor” (FREUD, 1940[1938]/1996, p. 188)

As elaborações de Jacques Lacan nos auxiliam a ir atrás de respostas que as elaborações freudianas deixam em aberto sobre as psicoses. Mas, em especial, elas propiciam a formulação de um plano de cura possível para esses sujeitos.

2.2 Jacques Lacan e o tratamento psicanalítico possível da psicose

2.2.1 O mecanismo fundamental da psicose: a forclusão do Nome-do-Pai¹⁶

Da leitura cuidadosa da obra de Freud, Lacan nos informa, em seu seminário sobre as psicoses, que extraiu o termo *Verwerfung* do texto sobre o Homem dos Lobos para cernir o que seria esse mecanismo especial da psicose. A seguir, transcrevemos o trecho a que se refere Lacan, conforme tradução da Edição Standard Brasileira (FREUD, (1918 [1914])/1996, p. 92):

Já tomamos conhecimento da atitude que nosso paciente adotou, de início, em relação ao problema da castração. Rejeitava a castração e apegava-se à sua teoria de relação sexual pelo ânus. Quando digo que ele a havia rejeitado, o primeiro significado da frase é o de que ele não teria nada a ver com a castração, no sentido de havê-la reprimido. Isso não implicava, na verdade, em julgamento sobre a questão da sua existência, pois era como se não existisse.

Lacan nos oferece sua tradução do trecho central desse extrato de Freud: o sujeito não queria nada saber da castração, no sentido do recalque (LACAN, 1955 -

¹⁶ Essa parte a seguir corresponde quase integralmente às discussões e ao trabalho elaborado para a disciplina “A forclusão de Freud a Lacan”, ministrada pela professora Sonia Leite, no Programa de Pós Graduação da UERJ.

1956/1988). E diz que se existem coisas que o paciente não quer saber, mesmo no sentido do recalque, isso supõe outro mecanismo. Vemos que Lacan partiu desse ponto que ficou em aberto, como resto¹⁷, na obra freudiana – o mecanismo análogo, porém distinto, ao recalque na psicose.

No texto “As neuropsicoses de defesa” (1894/1996), Freud vai considerar que na psicose alucinatória o eu rejeita a representação intolerável juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. É curioso porque, em relação à histeria e à neurose obsessiva, afirma que esse mecanismo seria impossível, que a tarefa que o eu propõe, em atitude defensiva, de tratar a representação incompatível como “*non-arrivé*”, não pode ser realizada. Supondo ser possível estabelecer uma relação desta última afirmação com o que é colocado no trecho retomado por Lacan do “Homem dos Lobos”, pode-se pensar que *nada querer saber da castração* é impossível de se realizar completamente no que diz respeito à neurose: “Com efeito, no sentido do recalque, sabe-se ainda algo daquilo de que nem mesmo se quer, de uma certa maneira, nada saber, e cabe à análise nos ter mostrado que se sabe isso muitíssimo bem” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 173)

O que Freud diz sobre esse *nada querer saber* da castração, no sentido do recalque, e no campo das neuroses, não se aplicaria a peculiaridade do mecanismo na psicose, pois aqui não estaria em julgamento a questão da sua existência (da castração), pois era como se não existisse. Essa afirmação nos remete ao seu texto “A negativa” (FREUD, 1925/1996) e a diferenciação entre juízos de atribuição e de existência, nele apresentada. A leitura desse texto, acompanhada dos comentários de Jean Hipololyte e de Jacques Lacan, torna-se indispensável para tentar esclarecer o mecanismo fundamental da psicose.

Em “A Negativa”, Freud (1925/1996) parte de um fenômeno clínico para discutir a origem da função do julgamento intelectual. Essa função está relacionada a duas espécies de decisão: o juízo de atribuição, que afirma ou desafirma a posse, de uma coisa, de um atributo particular; e o juízo de existência, que assevera ou discute se uma representação tem uma existência ou não na realidade.

Em relação ao juízo de atribuição, Freud diz que o atributo sobre o qual se deve decidir pode originalmente ter sido bom ou mal, útil ou prejudicial. Esse

¹⁷ Referência ao fato de Freud ter escrito, em 1924, que restava considerar esse mecanismo análogo ao recalque, por cujo intermédio o eu se desliga do mundo externo na psicose.

juízo diz respeito ao que se gostaria de assimilar para dentro de si e o que se gostaria de manter fora. Segundo Freud, isso equivaleria a dizer “isso estará dentro de mim” e “isso estará fora”. O eu-prazer original desejaria introjetar o que é bom e ejetar de si o que é mal; com isso o que é mau, isto é, estranho ao eu, e o que é externo são, no começo, idênticos. A essa operação de introjeção, Freud denominará *Bejahung*; à de expulsão, *Austossung*. Rabinovich (2001) afirma que a *Bejahung* teria uma origem pulsional – comer o que é bom, cuspir o que é mau.

Já no juízo de existência não se trataria mais de saber se aquilo que foi percebido será ou não integrado ao eu, mas sim de saber se algo que está no eu como representação pode ser redescoberto também na percepção (realidade).

Essa construção remete à da carta de 6 de dezembro de 1896 à Fliess, conhecida como Carta 52 (FREUD, 1896b/1996), quando Freud afirma que o aparelho psíquico é composto por um processo de estratificação, apontando que a memória não se faz presente de uma só vez, desdobrando-se em vários *tempos* de registro: *Wahnehmungenzeichen* (traços de percepção), seria o primeiro registro (*Niederschrift*) das percepções, praticamente incapaz de assomar à consciência e as dispõe conforme as associações por simultaneidade; *Unbewusstsein* (inconsciência), um segundo registro, disposto com outras relações, cujos traços talvez correspondam a lembranças conceituais; igualmente sem acesso à consciência. Por fim, *Vorbewusstsein* (pré-consciência) é a terceira transcrição, ligada às representações verbais e correspondendo ao nosso eu reconhecido como tal.

Podemos pensar que esses primeiros registros, *Wahnehmungenzeichen* (traços de percepção) são incorporados através do juízo de atribuição. Já o juízo de existência se inscreveria num segundo tempo, no qual para o sujeito passa a ser importante que um objeto tenha, além do atributo “bom”, de modo a ser incorporado pelo seu eu, existência no mundo externo, para que o sujeito possa se apossar dele sempre que desejar. Freud chama isso de “um passo à frente”, pois é onde se estabelece uma antítese entre objetivo e subjetivo:

Assim, originalmente a mera existência de uma representação constituía uma garantia da realidade daquilo que era representado. A antítese entre subjetivo e objetivo não existe desde o início. Surge apenas do fato de que o pensar tem a capacidade de trazer diante da mente, mais uma vez algo outrora percebido, reproduzindo-o como representação sem que o objeto externo ainda tenha que estar lá. Portanto, o objetivo primeiro do teste de realidade é não *encontrar* na percepção real um objeto que corresponda ao

representado, mas *reencontrar* tal objeto, convencer-se de que ele está lá (FREUD, 1925/1996, p. 267, grifos do autor).

Freud afirma que a pré-condição para o estabelecimento do teste de realidade é que objetos, que outrora trouxeram satisfação, tenham sido perdidos, mantendo-se, assim, como representação. Essa é a base da constituição da realidade psíquica freudiana.

Retomando a afirmação de Freud sobre a rejeição da castração pelo Homem dos Lobos, ao afirmar que ela não implicava, na verdade, em julgamento sobre a questão da sua existência, pois era como se não existisse, supõe-se que a castração não encontra seu primeiro registro, logo não poderia então haver o juízo sobre sua existência.

Rabinovich (2001) afirma que *Ausstossung* e *Bejahung* são o verso e o reverso de um *mesmo gesto de divisão*. Vale destacar que Jean Hyppolite (1998), em comentário sobre o texto “A Negativa”, aponta que Freud usa o termo *Ausstossung*, para nomear essa expulsão, diferenciando-o do termo *Verwerfung*, que pode ser traduzido como rechaço e que para o comentador é um termo mais fortemente acentuado.

Em sua resposta ao comentário de Jean Hyppolite e no seminário sobre as psicoses, Lacan vai se debruçar sobre a operação da *Verwerfung*. No primeiro desses textos, Lacan (1954/1998) afirma que a *Verwerfung* tem como efeito uma abolição simbólica.

Lacan aponta que a criança que vemos brincar fazendo um objeto desaparecer e tornar a aparecer, se exercita na apreensão do símbolo¹⁸ e, portanto, já está imerso na dimensão da linguagem. Afirma que na relação do sujeito com o símbolo, há, entretanto, a possibilidade de uma *Verwerfung* primitiva, ou seja, de que alguma coisa não seja simbolizada, que vai se manifestar no real. Destacamos nessa frase essa *alguma coisa*, que mostra que é sobre um elemento específico que incide a *Verwerfung* na psicose, como está apresentado no seguinte trecho (LACAN, 1955-1956/1988, p. 174):

De que se trata quando falo de *Verwerfung*? Trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. Eis o mecanismo fundamental que suponho na base da

¹⁸ Como no exemplo do neto do Freud, apresentado no texto “Além do princípio de prazer”, que nomeia com fonemas a presença-ausência da mãe, através dos significantes Fort-Da.

paranoia. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significantes.

Como vimos, a *Bejahung* e a *Austossung* são operações logicamente articuladas, que constituem, por um lado, uma história para o sujeito, a introjeção de um primeiro corpo de significantes – *Bejahung*; e, por outro lado, o real, o domínio que subsiste fora da simbolização – *Austossung*.

Rabinovich (2001, p. 30) considera que uma confusão que pode se colocar entre os conceitos de *Verwerfung* e *Austossung* se esclarece no seminário da Ética:

se a *Verwerfung* era de início equivalente a uma não *Bejahung* de um significante primordial – o que se podia ler no dia 15 de fevereiro de 1956 – ela se distingue pouco a pouco da *Austossung* mais primordial, que separa o Outro da Coisa, enquanto constituição do real e expulsão do primeiro exterior. Agora, parece claro que a *Austossung* se refere ao real e que a *Verwerfung* se refere ao um fragmento da bateria significante, introduzida pelo sujeito na *Bejahung*.

Fica claro a partir desse percurso feito até agora que a *Verwerfung* incidindo sobre um elemento específico da bateria significante, não exclui o psicótico da ordem simbólica, da linguagem. Como afirma Souza (1991, p. 9):

Que a linguagem como discurso seja recusada, nos momentos privilegiados e raros onde se surpreenda a loucura bruta e nua, que ela solte as amarras e saia dos eixos [...], nada disso impede que logo no momento seguinte, em sua gramática e sintaxe, a linguagem seja de novo retomada, domada, submetida a torções e contorções para mais uma vez articular-se com novas cadeias significantes, em novos circuitos de significações.

Ainda que não excluindo o psicótico da ordem simbólica, a *Verwerfung* não é sem efeitos nessa.

Lacan destaca o caráter de estranheza total da irrupção no real de alguma coisa que ele nunca conheceu. Cabe aqui interpolar uma observação sobre essa estranheza, diferenciando-a do “estranho” trabalhado por Freud (1919/1996) em seu texto com esse título. Segundo Freud, nem tudo que é novo traz esse sentimento do “estranho”. Faz uma análise pormenorizada do significante *Unheimlich*, chegando à conclusão de que é uma palavra cujo significado se desenvolve na direção da ambivalência, no sentido em que o desconhecido porta uma familiaridade. Colocando-a lado a lado com a definição de Schelling de que o *Unheimlich* é tudo o que deveria ter permanecido oculto e secreto, mas veio à luz, podemos pensar que

esse estranho está ligado ao mecanismo do recalque, pois há uma inscrição significante prévia. Seu retorno se dá, portanto, no mesmo registro de sua inscrição – no simbólico.

Isso difere desse estranhamento total que o psicótico experimenta no momento em que alguma coisa que não foi simbolizada primitivamente reaparece no mundo exterior, aí o registro do real, posto que é esse exterior à cadeia significante. Segundo Lacan, diante disso o sujeito não pode fazer uma mediação simbólica entre o que é o novo e ele próprio. Esse momento pode corresponder ao que os psiquiatras chamam de “perplexidade” no início de um quadro psicótico e que por vezes encontramos no momento do desencadeamento.

De acordo com Lacan (1955-1956/1988), mesmo as significações mais primordiais estão submetidas, em sua sequência e sua própria instauração, às leis que são aquelas do significante. E o significante que funda como tal o fato de existir a Lei, a articulação numa certa ordem do significante, é o significante Nome-do-Pai. É sobre esse significante que incide a *Verwerfung* na psicose.

No último capítulo do seminário sobre as psicoses, Lacan propõe traduzir o termo *Verwerfung*, adotando, a partir de então, forclusão, termo que, na linguagem jurídica, significa a perda de uma faculdade ou de um direito por não apresentar o recurso no prazo devido. Seu equivalente em português é “preclusão” e, de modo figurado tem o sentido de excluir com força, impedindo a entrada (VIDAL, 2005). Com isso, cerne o mecanismo fundamental da psicose – a forclusão do Nome-do-Pai.

Com essas formulações, Lacan se afasta de qualquer compreensão organicista da psicose, colocando-a como uma questão que está posta no campo da linguagem. Vidal (2005, p. 152) afirma que com a introdução do termo forclusão, Lacan funda um conceito que não é um mecanismo, mas uma posição na linguagem:

A *Verwerfung* é a rejeição de certos significantes que ficarão para sempre ‘fora’ do inconsciente. Consiste, pois, numa posição ativa do sujeito face ao insuportável, um dos nomes do impossível. A forclusão não se reduz ao ato de rejeição, mas também ao seu efeito, ao modo de aparição do real.

Mas por que o significante que funda a Lei, que garante a articulação numa certa ordem do significante é o significante Nome-do-Pai? O que esse significante representa no psiquismo?

2.2.1.1 A função paterna

No seminário sobre as formações do inconsciente ele coloca o Nome-do-Pai como o significante que “dá esteio à lei, que promulga a lei” (LACAN, 1957-1958a/1998, p. 152). No seminário sobre a transferência (1960-1961) afirma que a lei, para se instaurar como lei, necessita como antecedente a morte daquele que lhe serve de suporte.

Lacan (1959-1960) afirma que foi o crime primitivo que introduziu a ordem, a essência e o fundamento da lei. É o que está articulado em “Totem e Tabu” (1913[1912-13]/1996), através do mito da horda primeva. De acordo com o esse mito, teria havido um estado primitivo da sociedade no qual um pai violento e ciumento guardava todas as fêmeas para si próprio e expulsava os filhos à medida que cresciam. Certo dia, os irmãos que haviam sido expulsos retornaram juntos, mataram e devoraram o pai, colocando assim um fim à horda patriarcal. Tomados pelo sentimento de culpa, os irmãos erigiram em seu lugar o totem, o substituto do pai, e a lei que protege o animal totêmico, em torno da qual se organiza todo o totemismo. Freud faz questão de enfatizar que esse momento primitivo da sociedade nunca foi observado. O pai da horda, esse Outro gozador, só existe miticamente. Esse pai só existe enquanto pai morto, como símbolo (na neurose). O significante do pai morto mostra que o acesso a um gozo irrestrito está interdito.

O Nome-do-Pai é uma necessidade da cadeia significante. Não basta saber que uma mulher engravida quando pratica o coito, mas é necessário sancionar num significante o fato de que aquele com quem ela praticou o coito é o pai. Nesse sentido, podemos entender porque o Pai também está marcado pela articulação significante, com o efeito desnaturalizante que o significante comporta. O Nome-do-Pai supõe uma ordem simbólica, uma cadeia prévia no qual o sujeito se insere. Por isso, Lacan o nomeia “suporte da ordem instaurada pela cadeia significante” (LACAN, 1957-1958a/1998, p. 492).

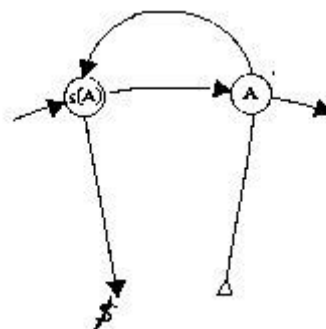
Lacan(1955-1956) coloca que há necessidade estrutural de uma etapa primitiva em que aparecem no mundo os significantes. Essa aparição primitiva do significante implica a linguagem, a bateria significativa do Outro que, segundo Lacan, será articulada com a alternância fundamental do vocal conotando presença e ausência.

É necessário admitirmos um grande Outro (A), além do pequeno outro (a) do registro imaginário, o semelhante. Aquela Outro seria o correlato necessário da fala. “O Outro, pelo simples fato de existir a dimensão da fala, está em todos nós” (LACAN, 1957-1958a/1998, p. 85). Esse Outro se fundaria no momento em que, com sua fala, a mãe nomeia a “necessidade” da criança fazendo intervir, desse modo, o campo do significante. Sua “necessidade” passa a ser, a partir de então, articulada no campo do Outro; passa a ser desejo:

O que é o desejo? O desejo é definido por uma defasagem essencial em relação a tudo o que é, pura e simplesmente, necessidade – necessidade que a demanda introduz numa ordem outra, a ordem simbólica, com tudo o que ela pode introduzir aqui de perturbações (LACAN, 1957-1958a/1998, p. 96).

A instituição do Outro coexiste com a consumação da mensagem. No cruzamento do desejo com a linha significante, aquele encontra o Outro (A), tesouro do significante, sede do código, e o desejo chega como significado diferente do que era. É o que está representado na célula elementar do grafo do desejo:

Figura 1 – Célula elementar do grafo do desejo



Fonte: LACAN, 1957-1958a/1998.

A mensagem que o sujeito receberá, se encontrar no Outro o significante Nome-do-Pai, é o que se estrutura com a passagem pelo Complexo de Édipo.

Lacan (1957-1958b/1998) irá estruturar a passagem pelo Complexo de Édipo em três tempos. A primeira simbolização da mãe como Outro que pode estar presente ou ausente é primordial. As idas e vindas da mãe acenam para a criança com um desejo primitivo, obscuro e opaco. A criança vê-se inteiramente submetida à lei da mãe, pelo fato da mesma ser falante. No entanto, é uma lei não controlada. Lei que está toda ela naquele que a sustenta. Esse Outro primordial se assemelharia ao que Freud articula com o mito do pai da horda primeva.

A criança passa a desejar o desejo da mãe, desejo que leva a mãe para longe dela. No primeiro tempo do Édipo, o que a criança busca, como desejo de desejo, é poder satisfazer o desejo da mãe, ser o objeto do desejo da mãe, o falo em sua vertente imaginária. A criança se identifica especularmente com aquilo que é o objeto de desejo de sua mãe. Nesse primeiro momento, a criança se esboça como assujeito:

Trata-se de um assujeito porque, a princípio, ela se experimenta e se sente como profundamente assujeitada ao capricho daquele de quem depende, mesmo que esse capricho seja um capricho articulado (LACAN 1957-1958a/1998, p. 195).

No segundo tempo do Édipo, o pai se apresenta como privador da mãe. O pai desempenha papel fundamental como aquele que priva a mãe do objeto fálico. O pai priva alguém de algo que ela não tem e que só tem existência como símbolo.

Com a intervenção do pai, a demanda endereçada ao Outro será encaminhada a um “tribunal superior”. Aquilo sobre o qual o sujeito interroga o Outro sempre encontra dentro dele, sob certos aspectos, o Outro no Outro, ou seja, sua própria lei:

A estreita ligação desse remeter a mãe a uma lei que não é a dela, mas a de um Outro, com o fato de o objeto de seu desejo ser soberanamente possuído, na realidade, por esse mesmo Outro a cuja lei ela remete, fornece a chave da relação do Édipo. O que constitui seu caráter decisivo deve ser isolado como relação não com o pai, mas com a palavra do pai (LACAN 1957-1958a/1998, p. 199).

Lacan afirma que a aceitação ou recusa pelo sujeito da privação da mãe é um *ponto nodal* de sua estruturação, pois coloca-se para ele a questão de aceitar, registrar, simbolizar, tornar significativa essa privação da qual a mãe revela-se objeto. O complexo de castração só pode se desenrolar a partir daí. O pai irá

perfilar-se, por trás da relação da mãe com o objeto de seu desejo, como aquele que priva. Se a criança não ultrapassar esse ponto nodal, não aceitar a privação do falo efetuada na mãe pelo pai, ela mantém em pauta uma certa forma de identificação com o objeto da mãe, objeto-rival, o falo.

Lacan afirma que nessa etapa, o pai intervém a título de mensagem para a mãe e o que ele enuncia é uma proibição, um não que se transmite no nível em que a criança recebe a mensagem esperada da mãe. Esse não é uma mensagem sobre uma mensagem, uma mensagem de proibição:

Essa mensagem não é simplesmente o *Não te deitarás com tua mãe*, já nessa época dirigido à criança, mas um *Não reintegrarás teu produto*, que é endereçado à mãe. Assim, são todas as conhecidas formas do chamado instinto materno que deparam aqui com um obstáculo (LACAN 1957-1958a/1999, p. 209- 210, grifos do autor).

A saída do complexo de Édipo depende da terceira etapa. Nela, o pai entra em jogo como aquele que tem o falo e que pode dá-lo apenas na condição de portador ou suporte da lei. Ele pode dar ou recusar o falo, posto que o tem, mas o fato de que ele tem o falo, disso ele tem que dar provas:

É por intervir no terceiro tempo como aquele que tem o falo, e não o que o é, que se pode produzir a báscula que reinstaura a instância do falo como objeto desejado da mãe, e não mais apenas como objeto do qual o pai pode privar (LACAN 1957-1958a/1999,p 200).

O pai onipotente, aquele que priva, estaria localizado no segundo tempo. No terceiro tempo, o pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui.

Apresentando-se como aquele que tem o falo, o pai possibilita a operação de substituição que está em causa na metáfora paterna, pois abandonando a mãe, será no pai, suposto ser detentor que a criança irá procurar o falo que tanto anseiam:

A metáfora paterna desempenha nisso um papel que é exatamente o que poderíamos esperar de uma metáfora – leva a instituição de alguma coisa que é da ordem do significante, que fica guardada de reserva, e cuja significação se desenvolverá mais tarde (LACAN 1957-1958a/1999,p. 201).

De acordo com Lacan, um nome nunca é mais do que um significante como os outros. Faz questão de distinguir o Nome-do-Pai de todas as figuras imaginárias

do pai – o pai fraco, rico, tirânico, ausente, amigo. O pai é um nome, o significante que nomeia como sexual o obscuro desejo da mãe (SOUZA, 1991).

Na medida em que o Pai intervém para proibir, o falo fica marcado pelo símbolo da interdição (-φ), deixando de ser um objeto imaginário para se tornar um significante – o significante-falo (φ). Com isso, o pai opera um corte, que tira a criança do lugar de falo da mãe. Segundo Quinet (2000), com isso, o desejo da Mãe, um enigma para sujeito, pode ser “significantizado”, circunscrito, tornando-se o significante fálico, o significante do desejo. O menino, fazendo do pai seu objeto de identificação, afirmará como ele, ter. A menina, tomando-o como objeto de amor e paradigma dos demais objetos substitutos, buscará aí o que sabe não ter (SOUZA, 1991).

O que se produz pela intervenção do Nome-do-Pai é, portanto, a significação fálica:

Figura 2 – Fórmula da metáfora paterna

$$\frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{x} \longrightarrow NP \cdot \left[\begin{array}{c} A \\ \text{Falo} \end{array} \right]$$

Fonte: LACAN, 1957-1958b/1998.

Quinet (2000) afirma que o Nome-do-Pai, tendo como efeito a emergência da significação fálica e permitindo ao sujeito dar significação aos seus significantes, funciona como ponto-de-basta, além de possibilitar que o sujeito se situe como homem ou mulher na partilha dos sexos. Souza (1991) afirma que a passagem pelo Complexo de Édipo possibilitará ao sujeito significar a diferença sexual anatômica e organizar o destino dos sujeitos em posições sexuadas masculina e feminina, para além das contingências da anatomia. Segundo a autora, a castração marca o vivente e o transforma em sujeito, excluindo a experiência do corpo como real, desterrando o gozo do corpo, banindo-o para o exterior, instituindo um gozo propriamente sexual, fálico, gozo fora-do-corpo.

Em “Subversão do sujeito e dialética do desejo” (1960/1998), Lacan afirma que é preciso nos ater ao fato de que o gozo irrestrito está vedado a quem fala como tal, só podendo ser dito nas entrelinhas por quem quer que seja sujeito da Lei, já que *a lei se funda nessa proibição*.

Mas não é a Lei em si que barra o acesso do sujeito ao gozo; ela apenas faz de uma barreira quase natural um sujeito barrado. Pois é o prazer que introduz no gozo seus limites, o prazer como ligação da vida, incoerente, até que uma outra proibição, esta incontestável, se eleve da regulação descoberta por Freud como processo primário e pertinente a lei do prazer (LACAN, 1960/1998, p. 836).

Entendemos que essa “proibição incontestável” é que é articulada pelo Complexo de Édipo, transformando-a em Lei simbólica. Em “De uma questão preliminar”, Lacan (1957-1958b) diz que o significante Nome-do-Pai é o significante que no Outro como lugar do significante é o significante do Outro como lugar da lei. A forclusão do Nome-do-Pai implica, portanto, que o Outro não é o lugar da Lei, o que pode culminar no processo pelo qual o significante desatreia-se, emergindo no real, como no desencadeamento da psicose.

Veremos, a partir de agora o que ocorre nas psicoses, com a forclusão do Nome-do-Pai.

2.2.2 A forclusão do Nome-do-Pai como questão preliminar a todo tratamento possível da psicose

Os efeitos da forclusão do Nome-do-Pai não são sempre evidentes. Por esse motivo, Freud ressalta a importância de estabelecer um tempo preliminar de tratamento, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico diferencial, que evite empreender em psicóticos um tratamento que seria adequado aos neuróticos. Lacan (1955-1956/1988), por sua vez, afirma que nada se parece mais com um neurótico do que um pré-psicótico. Logo, é no momento do desencadeamento ou da desestabilização da psicose que os efeitos da forclusão do Nome-do-Pai se evidenciam.

Observa-se, no acompanhamento de algumas situações de entrada na psicose, a perplexidade de familiares e amigos, visto que até aquele momento o sujeito tinha um funcionamento considerado socialmente adequado.

Como podemos entender que um psicótico consiga viver sem evidenciar essa relação própria com o campo da linguagem, que fica clara a partir do momento do desencadeamento?

Souza (1991) vai afirmar que na falta de uma ancoragem simbólica, do Nome-do-Pai, o sujeito se sustenta por esteios imaginários.

Lacan (1949/1998) afirma que o que está em jogo nas psicoses é uma identificação direta à totalidade de uma imagem. Essa identificação é, portanto, diferente da identificação mediada pelo significante fálico, que se decanta ao final da passagem pelo Édipo.

No momento anterior ao desencadeamento, o sujeito funciona no registro imaginário, onde o outro é o duplo, modelo de identificação imediata (QUINET, 2000). O pai, sem função simbólica, é apreendido apenas como uma imagem (como, por exemplo, uma caricatura de virilidade, um tirano, etc.), ou simplesmente inexistente. Por esse motivo, a posição do psicótico diante do Outro reproduziria à do primeiro tempo do Édipo. Quinet, diz que coloca isso como uma analogia, pois, devido à forclusão do Nome-do-Pai, não se pode falar de Édipo propriamente dito nas psicoses.

Quinet (2000) afirma que é estruturalmente a essa identificação com o falo que se encontra atrelado, no nível imaginário, o sujeito da psicose antes do desencadeamento. Identificação que estruturou o sujeito devido a não-intervenção do pai simbólico, foracluído. Esse equilíbrio puramente imaginário com o outro é marcado por uma profunda instabilidade.

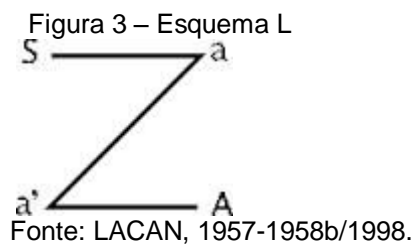
No texto “De um questão preliminar” (1957-1958b/1998), Lacan considera que é ao se abalar a identificação pela qual o sujeito assumiu o desejo da mãe, mantendo-se assim numa condição de objeto, que a psicose é desencadeada.

No seminário sobre as psicoses, comentando sobre as tentativas de explicação do delírio de Schreber, Lacan (1955-1956/1988) afirma que o conflito é um termo empregado sempre de forma ambígua e aponta para uma dimensão importante deste para pensar o desencadeamento da psicose: “O conflito deixa, se é possível dizer, um lugar vazio, e é no lugar vazio do conflito que aparece uma reação, uma construção uma encenação de subjetividade” (LACAN 1955-1956/1988, p. 41). Retoma de Freud a ideia de que, na psicose, entre eu e a realidade existe um buraco, uma hiância. A psicose consiste em um buraco, uma falta ao nível do significante. Significante que, não tendo tido seu primeiro registro, não pode ser reencontrado:

Um mínimo de sensibilidade que nosso ofício nos dá nos faz ver claramente algo que se encontra sempre no que se chama a pré-psicose, a saber, o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco. Isso deve ser tomado ao pé da letra. Não se trata de compreender o que se passa ali onde não estamos. Não se trata de fenomenologia. Trata-se de conceber, não de imaginar, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali onde não há significante, quando é o buraco, a falta que se faz sentir como tal (LACAN 1955-1956/1988, p. 230-231).

Em “De uma questão preliminar”, Lacan (1957-1958b/1998) afirma que pela forclusão do Nome-do-Pai desnuda-se a ausência que está em jogo na primordial simbolização da Mãe. Ausência a que a operação da metáfora paterna dá o nome de Pai. Sem o Nome-do-Pai, o desejo do Outro primordial, sua ausência, se mantém obscuro e enigmático.

Para entender de onde vai se colocar a questão para o sujeito, partiremos do esquema L, conforme Lacan (1957-1958b/1998) o apresenta em “Questão Preliminar”:



O sujeito só pode estar implicado no discurso se for parte integrante dele e no esquema L isso é retratado ao ser repuxado para quatro cantos: em S, sua inefável e estúpida existência; a, seus objetos; a', seu eu, isto é, o que se reflete de sua forma em seus objetos; e A, lugar de onde lhe pode ser formulada a questão de sua existência.

Esses termos estão dispostos em dois eixos: um eixo imaginário, composto pelos termos $a-a'$; e um eixo simbólico, composto por S e A.

É em A, no grande Outro, que estaria situado o significante Nome-do-Pai, caso ele não estivesse foracluído na psicose. O desencadeamento acontece quando o Nome-do-Pai é invocado em oposição simbólica ao sujeito, ali onde ele nunca esteve. Lacan afirma que em Schreber no lugar do Pai, deixado vago pela Lei, designa-se esse *liegenlassen* [deixar largado], abandono fundamental.

Isso ocorreria no encontro do sujeito não com o pai do seu cotidiano, mas com Um-pai. Um-pai que se situa numa posição terceira em relação ao eixo

imaginário $a-a'$, que como foi apresentado anteriormente, sustentou o sujeito até esse momento. Lacan afirma que a referência a essa posição terceira do significante paterno é fundamental para desfazer equívocos e contradições na compreensão do que enseja a entrada na psicose.

Rabinovich (2005) afirma que na psicose há uma báscula do eixo S – A sobre $a – a'$, conforme indica Lacan no Seminário 3: “para compreender as psicoses, é preciso fazer-se recobrir em nosso esquema em relação ao Outro como radicalmente Outro, com a situação em espelho de tudo o que é imaginário”. A autora afirma que o esquema L é, então, dobrado sobre si mesmo, “como um barquinho de papel” (RABINOVICH, 2005, p. 23).

Miller (1996) indica que a forclusão do Nome-do-Pai não é a totalidade da teoria de Lacan em “Questão Preliminar”. Ele destaca a regressão tópica ao estágio do espelho, pois a forclusão como falha na estrutura simbólica, ressoa sobre a estrutura imaginária, dissolvendo-a, conduzindo-a a estrutura elementar do estágio do espelho.

Miller (1996) afirma que o conceito de regressão tópica do estágio do espelho serve para outros fenômenos observáveis. Lacan (1955-1956/1988, p. 289) indica no seminário sobre as psicoses:

Que é que entrevemos na entrada na psicose? – senão que é na medida de um certo apelo ao qual o sujeito não pode responder que se produz uma abundância imaginária de modos de seres que são outras tantas relações com o outro com a minúsculo [...].

O que surge no desencadeamento é, portanto, o que se chama de uma dissolução do tripé imaginário, por ter-se abalado a identificação pela qual o sujeito assumiu o desejo da mãe (LACAN, 1957-1958b/1998).

Observamos essa dissolução imaginária no quadro do jovem Lúcio, 19 anos, internado devido a agressões dirigidas especialmente ao seu pai. Ao ser escutado, Lúcio afirma que o pai, a mãe e “todo mundo”, até o *hamster* que cria, estavam lhe “cantando”. Afirma que seu pai disse que estava ficando “bonitinho”. A mãe afirma que, de fato, o pai fez um comentário, irônico, quando Lúcio pintou os cabelos de ruivo, como alguns jogadores de futebol: “Mas você tá ficando bonitinho!”.

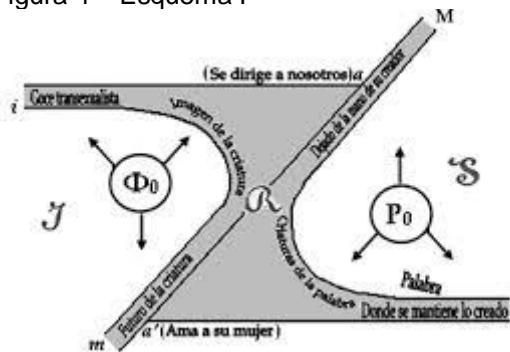
O pai, através da “gozação”, aparece em seu registro imaginário, diferente do pai simbólico, que possibilitaria ao sujeito se posicionar em relação ao tipo ideal do

seu sexo, conforme Lacan indica no texto “A significação do falo” (1958)¹⁹. O efeito disso é uma clara perturbação na estrutura geracional da família: Lúcio passa a agredir o pai fisicamente, tirando-o à força da cama da mãe para dormir com esta.

O que ocorre no desencadeamento, diz Lacan, é uma proliferação imaginária. No caso de Lúcio, vemos essa proliferação nas figuras de Jeová, Satanás, Obama, Bispo Macedo, entre outros que vão aparecendo em sua fala.

A falta do Nome-do-Pai no lugar do Outro abre o buraco mencionado acima diante da pergunta, um furo no significado, o que Lacan vai colocar no esquema I – apresentado no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento da psicose” (LACAN, 1957-1958b/1998), a propósito da solução encontrada por Schreber para sua psicose – como P_0 e ϕ_0 .

Figura 4 – Esquema I



Fonte: LACAN, 1957-1958b/1998.

No seminário sobre a transferência, Lacan afirma que na bateria significativa, nada falta (LACAN, 1960-1961/2010) e que o momento em que pode aparecer a falta de significante é o momento da pergunta, momento da angústia de castração que não pode ser atravessada:

De que se trata, no momento da pergunta? – senão do recuo do sujeito com relação ao uso do próprio significante, e da sua incapacidade de captar o que quer dizer que haja palavras, que se fale, e que se designe determinada coisa tão próxima por este algo enigmático a que se chama uma palavra ou um fonema (LACAN, 1960-1961/2010, p. 297-298).

Afirma que para que alguma coisa signifique é preciso que ela seja traduzível no lugar do Outro. E que no lugar do Outro, o significante que intervém na falta de significante, nesse enigma que é o desejo, é o significante fálico (ϕ).

¹⁹ Agradecemos à professora Sônia Borges, que na qualificação atentou para essa importante observação clínica.

Assim, o desejo do Outro, não-significantizado permanece obscuro, enigmático, mas também não legislado, caprichoso.

Lacan (1957-1958b/1998) afirma que toda a reação em cadeia ou debandada que se produz na psicose, ordena-se em torno da tentativa do sujeito de suprir a falta do significante Nome-do-Pai. Isso dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.

No caso de Lúcio, vemos seu esforço em delinear uma construção delirante – afirma que o BOPE invadiu a comunidade onde mora e nesse episódio ele teria matado “o cana do BOPE”, que ele também chama de “presidente do BOPE”; e o “Zé Pelintra”, que seria outro policial. Depois disso, eles teriam entrado em seu corpo, bem como Oxalá e Jeová, motivo pelo qual Lúcio eventualmente anda com o corpo todo entortado. Ele afirma, entretanto, que “só se entorta quando quer” e que esse “entortar” é uma forma de se proteger das cantadas que lhe dirigem. Lúcio afirma ainda que “descobriu” que o “presidente do BOPE” (o qual ele havia matado) era seu pai. Podemos supor aí uma tentativa de reconstrução imaginária do pai morto? No entanto, ainda não parecia fazer a função de metáfora delirante, estabilizadora²⁰.

A entrada desses seres no corpo de Lúcio, acompanhada do “entortar”, tem um caráter alucinatório próprio do retorno no real do que foi foracluído, formulação que Lacan apresenta no seminário sobre as psicoses. A respeito da alucinação do dedo cortado, no Homem dos Lobos, Lacan diz (1955-1956/1988, p. 22):

A relação que Freud estabelece entre esse fenômeno e esse especialíssimo não saber nada da coisa, mesmo no sentido do recaiado, expresso em seu texto, traduz-se por isto: o que é recusado na ordem simbólica ressurgue no real

Sobra o relato dessa experiência do Homem dos Lobos, Lacan marca o quão significativa é a suspensão de toda possibilidade de falar, e precisamente com a pessoa com quem o menino falava tudo, a babá: “[...] há aí um abismo, uma imersão

²⁰ O significante “entortar” nos remete ao caso que Freud toma de Victor Tausk, no texto “O inconsciente” (1915/1996) para marcar a diferença do sintoma na histeria e esquizofrenia. Segundo ele, nesta última, todo encadeamento de pensamento é dominado que possui como conteúdo a inervação corporal. É o que ele chama de “fala do órgão”.

temporal, um corte de experiência, depois do que resulta que não há absolutamente nada, tudo acabou, não falemos mais disso” (LACAN, 1955-1956/1988,).

Ainda assim, Lacan (1955-1956/1988) coloca que a alucinação tem sua fonte na história do sujeito no simbólico. Por isso, afirma que não é que o psicótico acredite na alucinação. Ele te certeza que ela lhe concerne. É isso que constitui o fenômeno elementar.

Este aparece sob o registro de uma significação que não vem de parte alguma e que não remete a nada, a nenhum significante, posto que o sujeito não conta com o significante Nome-do-Pai, que engendraria a significação fálica. O sujeito, todavia, sabe que se trata de uma significação essencial e que diz respeito a ele.

Kizer et al. (1988, p. 115-116, tradução nossa) apresentam a diferença do psicótico em relação ao campo do Outro:

A carência do significante Nome-do-Pai acarreta um tipo de desenodamento dos significantes da cadeia, que se drenam para a dimensão do real, de onde irão retornar sob a forma de fenômeno psicótico. Desta forma, a carência ou forclusão do significante da lei cria a condição do sujeito psicótico. Mas, apesar da exclusão do Outro da lei, se mantém as relações com o Outro do significante posto que o sujeito da psicose não está excluído do significante. Trata-se, sem dúvida, de relações seriamente perturbadas por causa dessa exclusão²¹.

Em “Questão Preliminar” (1957-1958b/1998), Lacan vai afirmar que o que se passa com o sujeito depende do que se passa no campo do Outro. Na psicose, constata-se o que se passa com o sujeito quando não encontra no campo do Outro o significante Nome-do-Pai.

Ainda nesse texto, Lacan afirma que há um “transtorno do sujeito” no momento do desencadeamento/desestabilização, “que a clínica designa sob as feições de crepúsculo do mundo”, que exige novos efeitos significantes, para tentar “restabelecer ali uma ordem do sujeito” (LACAN, 1957-1958b/1998, p. 579).

Logo, mesmo no momento do desencadeamento/desestabilização não é necessário recuar de tomar o psicótico como sujeito. Lacan (1955-1956/1988) marca

²¹ O texto em espanhol é: “La carencia del significante del nombre-del-padre acarrea una suerte de desanudamiento de los significantes de la cadena, que se drenan hacia la dimension de lo real, desde donde van a retornar bajo la forma de fenómeno psicótico. De esta manera la carencia o forclusion del significante de la ley crea la condición del sujeto psicótico. Pero, a pesar de la exclusión del Otro de la ley se mantienen las relaciones con el Otro del significante posto que el sujeto de la psicosis no está excluído del significante. Se trata, sin embargo, de unas relaciones seriamente perturbadas a causa, precisamente, de esa exclusión.

que a valorização dos fenômenos de linguagem é “o mais fecundo ensinamento” e por isso, no seminário sobre as psicoses, propõe que podemos aparentemente nos contentar em sermos secretários do alienado, apesar dessa expressão ser usada para denotar a impotência dos alienistas.

No entanto, Lacan revira o que poderia provocar tal sentimento ao afirmar: “Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado coisa a ser evitada” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 235).

Oferece com isso as primeiras indicações relativas ao tratamento psicanalítico das psicoses: “Vocês não ficaram surpreendidos [...] em ver como o que se obtém é mais vivo se, ao invés de tentar determinar a todo custo se a alucinação é verbal ou sensorial ou não-sensorial, escutamos simplesmente um sujeito?” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 236).

Lopes (2005) lembra que Lacan recorre à metáfora da estrada principal, como significante incontestável, que polariza, engancha, agrupa as significações. No entanto, quando não há estrada principal, o significante Nome-do-Pai, a possibilidade de orientação será recorrer aos letreiros à beira dos pequenos caminhos, sendo esta a função das alucinações na psicose: letreiros indicativos para o acesso à estrada principal, o “caminho essencial”.

Nisso, se está seguindo Freud (1915a/1996), que indica que na esquizofrenia a alucinação verbal é uma tentativa de cura. Como indica Pequeno (2000), a alucinação pode enxertar significantes na experiência inominável de gozo.

Por esse motivo, pensamos que a peculiaridade da relação dos psicóticos com o campo da linguagem está resumida na frase de Lacan: “Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído pela linguagem” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 284). No entanto, a experiência mostra que ele não está todo tempo assujeitado a isso.

Lúcio, por exemplo, afirma que vários seres invadiram seu corpo, motivo porque “entorta”, mas faz questão de marcar que “só entorta quando quer”, para se proteger das cantadas que lhe dirigem, o que indica uma tentativa de se haver com os fenômenos que experimenta.

A metáfora delirante é um dos recursos da psicose para lidar com os retornos no real decorrentes da forclusão do Nome-do-Pai, através de uma ficção diferente da edipiana (SOLER, 2007).

Do mesmo modo, é para se proteger dessa invasão que pensamos que alguns psicóticos podem solicitar seu “direito de asilo”, de que nos fala Franco Rotelli (1994). Nesse sentido é possível identificar a função clínica de uma enfermaria de crise. Essa ideia se atrela à perspectiva freudiana de que as instituições tem uma função psíquica para os sujeitos (LEITE, 2010).

Miller (1981/1997, p.122) aponta que há pacientes que escolhem o hospital como um refúgio para se colocarem ao abrigo da loucura, indicando inclusive que há os que “escolhem tão bem esse refúgio, que o hospital psiquiátrico se torna sua doença, e aí todo o esforço deve consistir em mantê-los fora”. Quinet (2000) localiza nesse pedido dirigido ao asilo, ao hospital psiquiátrico, um pedido de exilar-se desse Outro invasivo.

Logo, para evitar o hospitalismo - quando aquilo que *abriga* é a estrutura física do asilo - é necessário interrogar sobre o que pode se constituir num refúgio, abrigo, no sentido simbólico, para o sujeito psicótico. Quinet (2000) afirma que a postura do analista diante de um psicótico deve ser a dizer não ao gozo do Outro para que o significante possa advir. Posição paradoxal, ele admite, devido à forclusão do Nome-do-Pai, que inscreveria no Outro esse gozo como barrado.

Soler (2007) destaca que pelo trabalho do delírio o próprio sujeito se encarrega, solitariamente, dos retornos do real que o abatem. A autora denomina esse trabalho de “autotratamento do real” e se pergunta se é possível esse trabalho da psicose se inserir no discurso psicanalítico e, em caso afirmativo, como: “(...) sabemos que os psicanalistas formados no ensino de Lacan não se recusam a enfrentar a psicose, mas resta saber por qual operação” (p. 186).

A seguir, apresentaremos dois casos clínicos acompanhados na enfermaria do CPRJ, diante dos quais não recuamos a “enfrentar a psicose”. Eles nos servirão para tentar situar como opera um psicanalista numa enfermaria psiquiátrica, para em seguida localizar a especificidade dessa intervenção.

3 FRAGMENTOS DE DOIS CASOS CLÍNICOS ACOMPANHADOS EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

Para encaminhar a discussão sobre o tratamento psicanalítico possível das psicoses numa enfermaria psiquiátrica pública, consideramos relevante apresentar dois casos clínicos que trazem elementos importante a serem trabalhados, além de revelarem um pouco da práxis de um psicanalista nesse dispositivo.

Vidal (1992, p. 2) coloca o caso clínico no campo do necessário para a transmissão da psicanálise e que, sendo o pivô de uma transmissão, “se constitui como uma dobradiça entre aquilo que foi da ordem de uma transferência, aquilo que se escutou de real de uma análise e aquilo que se transmite para outro”. Sendo assim, o autor afirma que o caso clínico é uma depuração que se faz entre a intensão e a extensão²².

Figueiredo (2004, p. 79) também destaca esse aspecto de depuração, recorte, do caso clínico, distinguindo-o de uma história, que seria um relato clínico rico em detalhes, cenas e conteúdos. “O caso é produto que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado do seu relato”.

Nesse sentido, a autora faz uma distinção essencial para situar questões éticas que envolvem a apresentação de caso clínico em psicanálise: o caso não é o *sujeito*, mas uma construção com base em elementos que recolhemos de seu discurso. Essa distinção responde parcialmente ao problema do sigilo profissional.

É um problema que já inquietava Freud, como podemos constatar nas notas introdutórias ao caso Dora (1905): “a publicação de casos clínicos continua a ser para mim um problema de difícil solução” (FREUD, 1905/1996, p. 19). No entanto, afirma que sua posição é de que o psicanalista assume deveres não só com seus pacientes, mas também com a psicanálise.

Ainda nestas notas preliminares ao caso Dora, Freud afirma saber que há pessoas que leem um caso não como uma “contribuição à psicopatologia das neuroses”, mas como um “*roman à clef*”, destinado ao seu deleite particular.

²² Psicanálise em intensão e psicanálise em extensão são dois termos que Lacan apresenta na “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola” para descrever duas funções da escola de psicanálise: sua função “didática”, de formação de analistas (intensão) e de presentificadora da psicanálise no mundo (extensão).

Marcando que toma os cuidados necessários para que os casos sejam protegidos contra a perspicácia desses leitores. Vidal (1992, p. 7) destaca que, nesse ponto, Freud indica que o problema ético está naquele que lê e não naquele que escreve, posto que este já fez um trabalho de decantação: “O escrito para Freud decanta o gozo e não é transmissão de um gozo selvagem para outro”.

Visto que nessa dissertação procura-se discernir o que da psicanálise é possível numa enfermaria psiquiátrica pública, o recorte nos casos foi feito em torno das intervenções do psicanalista e seus efeitos. Intervenções que, como se verá, acontecem tanto no contexto do tratamento de uma paciente internada, quanto no contexto do trabalho em equipe. Passemos aos casos.

3.1 Os “apertos” de Leila

Leila foi trazida ao CPRJ pelo irmão, que informa que ela vinha agredindo a mãe, gritando com vizinhos, dormindo com faca embaixo do travesseiro, sem tomar banho há dois meses. Informa que ela voltou a morar com a mãe há 3 meses e que não se dá bem com esta. Refere medo de que a paciente venha a matar a mãe, visto que já a ameaçou com faca. Diante desse relato, optou-se pela primeira internação de Leila na enfermaria.

Segundo relato do irmão para a equipe do serviço social, o quadro se iniciou aos 15 anos de idade quando se apaixonou pelo noivo da irmã. A irmã casou-se e ela teria ficado muito apegada à mãe. Começou a se isolar, acumulava absorventes debaixo da cama, não cuidava da higiene, não aceitava refeição feita pela mãe e a agredia. Tinha tido uma internação psiquiátrica, após a qual saiu da casa da mãe, tendo ido morar sozinha e depois com familiares. No entanto, o irmão informa que era despejada dos lugares devido à heteroagressividade e em função disso demanda uma internação prolongada.

Na primeira entrevista que fiz com ela, diz que a internação foi “um alívio”, “como se tivesse tirado um peso das minhas costas” – a pressão da mãe. Afirma que é muito difícil conviver com esta, que está morando com ela desde que saiu da casa de uma pessoa com quem morava, mas que a decisão foi um erro, pois não suporta

morar com a mãe. Afirma que se tiver que voltar para casa da mãe precisaria passar o dia fora e voltar à noite para não se “estressar”.

Foram feitas entrevistas com os familiares pela equipe do serviço social e estes colocaram várias dificuldades para ficar com Leila, mostraram descrédito com a possibilidade dela vir a se tratar. Por outro lado, a mãe afirmava não querer que Leila morasse com ela.

Com a melhora do quadro sintomático, a paciente teve alta da enfermaria, após cerca de 15 dias de internação.

A segunda internação em que acompanhei Leila ocorreu três anos depois da primeira. Trazida ao hospital pelo SAMU, novamente acompanhada do irmão, que alegava os mesmos motivos da internação anterior – agressões à mãe e abandono de higiene pessoal. A paciente afirma ter problemas espirituais, procurar ajuda na igreja evangélica e eventualmente usar um benzodiazepínico para se “acalmar”.

Após a internação o irmão da paciente me procura, dizendo que eu seria seu “anjo da guarda”, me “suplicando” que eu interfira para que a paciente seja transferida para uma clínica psiquiátrica particular, conveniada ao SUS. Afirma que precisa de 3 meses, pois a mãe está doente e precisa fazer exames. Indiquei que esse pedido seria avaliado junto à equipe, visto que entendíamos que seriam necessárias outras intervenções para evitar que a situação chegasse ao ponto da internação.

No mesmo dia, é realizada uma entrevista com a paciente que, inicialmente, diz que não adianta falar, pois eu não iria acreditar no que ela diria, pois “não temos a mesma fé”. Afirma que os problemas teriam começado oito anos antes, depois que se apaixonou por um rapaz da igreja, pelo qual ficou “obcecada”. Indica que queria tê-lo de qualquer jeito e que um dia, quando estava em casa, sentiu “isso entrar no seu corpo”. Pergunto como foi e ela diz que sentiu uma pancada na cabeça e depois sentiu algo “tomar conta de seu corpo”. Segundo ela, apesar de ter se desinteressado pelo rapaz, “isso nunca mais saiu” de dentro dela, referindo-se aos “apertos” que sentia em seu corpo.

Em relação ao seu convívio com a mãe, diz que a situação é incômoda, pois sente os “apertos” quando a mãe se movimenta. Afirma que fica pedindo para a mãe repetir os movimentos e que isso a desgasta. Afirma: “eu coloco minha mãe de boneco”.

A única referência de confiança da paciente naquele momento era o pastor da igreja que frequentava. Ele dizia que aquilo era espiritual e que acontecia porque ela não tinha “fé suficiente”. Orientou-a a não pedir para a mãe repetir os movimentos, mas ela diz ser “teimosa” e não ter seguido os conselhos dele. Ao final da entrevista, considera que não pode “envolver terceiros nisso” e que tem que aguentar o problema sozinha.

Na segunda entrevista, queixa-se da falta de visitas dos familiares, afirma que o irmão está com raiva dela. Ao ser indagada do por que ela não os procura e responde que a pessoa que aluga o quarto onde ela e a mãe moram não gosta dela devido as brigas com a mãe. Fala que alguns vizinhos até brigam muito mais que elas, mas que na última briga a mãe foi “para cima” dela e ela, para se defender, “apertou o pescoço da mãe”, gerando grande mal-estar na localidade.

Retomei o que já havia me dito sobre ter morado sozinha quando iniciaram seus problemas. Ela diz que a pessoa que a acolhia adoeceu e ela teve que sair. Depois disso, foi morar num apartamento com a mãe, o tio e um primo. Fala que “aquele apartamento era abençoado”, pois “era grande, tinha sala, cozinha, eu tinha meu próprio quarto, podia ficar lendo no meu canto”. A mãe e ela saíram de lá devido aos desentendimentos da mãe com o primo. Desde então elas tem morado juntas num quarto alugado e ela diz que desde então “a opressão aumentou”, as sensações corpóreas pioraram – “sinto meu corpo apertar mais”, queixa-se de não ter liberdade nenhuma.

Quanto ao por quê não dela não ter voltado a morar sozinha quando saiu da casa do tio e ela diz que não pensou nisso: “se tivesse pensado, não estaria passando por isso agora”.

Não quer ser encaminhada para uma clínica conveniada, conforme solicitação da família. Diz que não precisa ficar três meses numa clínica para resolver isso. Afirma: “é só eu não brigar mais com a minha mãe”. Marco meu ceticismo em relação à facilidade dessa solução em vista do que ela havia falado e da importância de um engajamento seu no trabalho para obter mudanças na situação.

A partir dessas primeiras entrevistas, inicia-se um trabalho que visou possibilitar um mínimo de separação entre Leila e a mãe. Esse trabalho foi feito em duas direções: entrevistas com a família, de modo a avaliar outra possibilidade de moradia para Leila, separada da mãe; e contato com o CAPS ao qual ela já tinha sido encaminhada, mas aonde não havia aderido ao tratamento. O CAPS se

colocava como a possibilidade de um outro lugar para Leila, em que pudesse se afastar um pouco da “opressão” de que se queixava por viver no mesmo quarto que a mãe, funcionando como um “abrigo” desse Outro, porém fora da internação.

A entrevista com o irmão se mostrou muito difícil, visto que este não considerava nenhuma outra possibilidade além daquela que viabilizasse um benefício da previdência social, para que a irmã pudesse alugar um quarto e morar sozinha. Leila, entretanto, rejeita a possibilidade de benefício, pois acredita que seu problema é “espiritual” e não uma doença. Além disso, alega que quer trabalhar. Diz que nunca trabalhou porque a mãe nunca a “estimulou”: “Ela sempre fez tudo por nós, lavar roupa, fazer compra, fazer comida – nunca deixou a gente fazer nada, não estimulou a gente a trabalhar, aí eu me acomodei”. Afirma que a mãe fez isso porque “perdeu o marido” muito cedo – o pai os abandonou quando a mãe estava grávida de Leila (que é a mais nova de prole de seis filhos). Conta que só conviveu com o pai entre os cinco e sete anos de idade, quando ele pediu que a mãe o fosse encontrar nos EUA, onde trabalhava, para “mostrar para o chefe que tinha família”. “Depois ele não quis mais a gente, mandou todo mundo de volta”.

Afirma, ainda, que sentia as mesmas sensações na enfermaria, enquanto estava internada, o que provava, segundo ela, que o que tinha era “espiritual”. Todavia, afirma que a medicação a deixa mais tranquila “diante disso” que vive. Marquei a importância desse efeito do tratamento.

Leila se diz “culpada de tudo”. Fala que “toda causa tem seu efeito”, que a “causa” é o que sente no corpo e que os efeitos são todos os problemas que tem com a mãe, “minha família me odeia, minha mãe está me odiando”. Indiquei que minha opinião era de que uma equipe de saúde mental poderia ter um lugar na minimização desses efeitos, com o que ela pareceu concordar. Diz: “o que eu tenho que fazer Lorena, é parar de fazer minha mãe repetir, se eu não fizesse isso ela nunca teria me internado”.

Ao final da entrevista, solicita não ser transferida para outra Unidade, porque “você fala as coisas certas comigo”. Podemos pensar que uma transferência aconteceu aí, uma transferência em direção a psicanalista, e não a transferência em direção a outra instituição, que estava no horizonte.

No entanto, como manejar isso, visto que a continuidade do tratamento não se daria comigo, pelo fato de que a paciente não era moradora da área de referência do Serviço e da minha própria limitação de atender pacientes fora da internação? O

que se concluiu é que seria necessário, então, “transferir a transferência” que se estabeleceu aí.

Foi feito contato com o CAPS responsável pela região em que ela morava e ao qual ela já tinha ido, mas sem dar continuidade ao tratamento. A coordenadora do CAPS informou que já tinham pensado em fazer uma visita domiciliar para viabilizar o tratamento, mas a mãe não aceitou a visita da equipe. A paciente dizia que queria ir ao CAPS somente para o tratamento psicológico. Fiz um contato com a psicóloga que iria recebê-la, informando do que parece ter tido efeito - “falar as coisas certas com ela”. No caso, entendo que esse efeito se deu pelo fato de ter concordado com o que ela dizia, ou seja, que seu problema era “espiritual”, e sobre as dificuldades com a mãe, ao mesmo tempo estimulado-a a pensar o que poderia ser feito a partir disso. Seguindo a orientação de Lacan de tomar o que o psicótico diz *ao pé da letra*.

A equipe do CAPS também veio ao hospital durante a internação, o que também pode ter facilitado a “transferência”. A paciente saiu de alta acompanhada da mãe e do irmão. Segue em acompanhamento lá até a presente data e não voltou a se internar desde então.

3.2 Branca de Neve e os caminhoneiros: Fátima

Fátima deu entrada na Emergência do CPRJ por indicação da Coordenaria Regional da área. Em seu encaminhamento, a assistente social que a atendeu informa que a paciente procurou o serviço para solicitar passagem para Campos dos Goytacazes, a fim de ver o filho de 16 anos. Refere ainda que já passou por outros Estados para “divulgar sua música”, mas que sua residência é em Osasco. Por essa descrição não fica claro o porquê do encaminhamento para o Centro Psiquiátrico, mas seu boletim de entrada para internação indica: “paciente trazida por funcionários da SMDS²³, trajando vestido de noiva, fala confusa, ideação delirante de cunho místico, internações anteriores”. A própria paciente foi solicitar ajuda naquele órgão, vestida de noiva, e provavelmente por esse motivo foi encaminhada

²³ Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, como à época era chamada a atual Secretaria Municipal de Assistência Social.

ao hospital psiquiátrico, visto que não houve relato de outros distúrbios. A intervenção da equipe de saúde mental foi consentida pelo médico da emergência, que a encaminhou para internação.

A paciente chegou a enfermaria razoavelmente tranquila, mas apresentou certa resistência para tirar o vestido de noiva que usava para colocar as vestes do hospital. Permaneceu algum tempo no pátio, sentada ao lado do vestido. Quando fui falar com ela, Fátima afirmava que tinha sido trazida ao hospital desnecessariamente, pois “só tinha ido à prefeitura pedir uma passagem”. Alega ser cantora e compositora, que seu nome artístico era *Branca de Neve* e que tinha um conhecido que estava providenciando sua carteira de compositora. Aponto para o fato de que em seu prontuário constava outra passagem pelo CPRJ em 2001 e Fátima comenta que naquele momento sua internação se justificava, pois estava na rua tirando a roupa, mas “agora não”. A paciente permaneceu na enfermaria durante o final de semana, período em que pôde conversar com a equipe do serviço social. Conta mais sobre a sua história e mostra sua música, muitas delas dedicadas aos caminhoneiros, pois, segundo ela, há 4 anos começou a se prostituir para conseguir carona com caminhoneiros na Via Dutra. Agora não mais se prostituía e queria gravar suas músicas. Nesse período, a equipe do serviço social também recolheu alguns telefones de contato de pessoas conhecidas dela, mas as tentativas não foram bem-sucedidas.

Após o fim-de-semana, a paciente começa a se mostrar ansiosa por ir embora, alegando que sua internação *tinha sido um engano*. A equipe tentou localizar alguma referência da paciente: familiar, amigos, porém sem sucesso. Na terça-feira seguinte, Fátima me procura para falar, chorando, dizendo que estamos “atrasando sua vida” e que não quer mais a passagem para ir para Campos. Quando indagada sobre o que faria ao sair da internação, afirma que iria a um estúdio na Cinelândia finalizar seu CD (que trazia consigo) e seguiria no mesmo dia para a cidade de Campos, onde encontraria abrigo. Para outra pessoa da equipe, pede que somente a deixem em Niterói, onde conhecia os caminhoneiros e conseguiria carona até Campos. Por fim, termina sua entrevista comigo, indagando porque haviam lido que não poderia sair de vestido de noiva. Comenta que essa é “uma espécie de coreografia” e que “se os sertanejos podem andar de cowboy”, porque ela - cujo codinome é Branca de Neve – não poderia sair vestida de noiva?

Tal interrogação teve o efeito de produzir um questionamento sobre o que já havia sido feito pela equipe até o momento. Deveríamos persistir na internação, com o objetivo de seguir tentando encontrar algum contato? Inserir-la na rede de saúde mental? Ou apostar no que a paciente estava dizendo (de que podia sair e se cuidar sozinha) encerrando nossa intervenção ali? Optei por sustentar a última posição, tendo em vista a escuta da paciente e do modo como vinha se apresentando no cotidiano da enfermaria. Além disso, levei em consideração os movimentos (infrutíferos) feitos pela equipe na direção de tentar encontrar alguma referência social (família ou amigos) e a possibilidade, apresentada pela paciente, de procurar, por iniciativa própria, inserções institucionais, quando necessárias, fato comprovado pela apresentação passe livre, benefício da previdência social e até pela busca do SOS cidadania para “pedir passagem”. Enfim, parecia uma pessoa que apesar de sua apresentação *louca e delirante*, mostrava razoável autonomia e que, também, reconhecia já ter precisado de internações em outros momentos, mas “não agora”, como indicou. Ou seja, foi possível reconhecer aí um sujeito, que conseguia, minimamente, se distanciar do que lhe acometia se apropriando dos recursos simbólicos possíveis.

Levei essa posição para a reunião de equipe, marcando que não avaliava indicação da continuidade do tratamento na enfermaria. Discutimos em equipe o que poderia ser feito e, seguindo a indicação dada pela paciente, decidiu-se que a levaríamos até Niterói, onde ela disse que conhecia caminhoneiros que poderiam levá-la até Campos. Também foi discutido o que faríamos se ela insistisse em ir vestida de noiva. Coloquei que não cabia a nós tentar convencê-la a ir sem o vestido e que se isso era importante para ela, não deveria ser um empecilho para sair de alta do serviço.

Soube depois que essa discussão teve importantes efeitos na equipe de enfermagem, que teve que cuidar da alta da paciente. Essa equipe, incomodada com a decisão de simplesmente deixá-la em Niterói, se cotizou e comprou uma passagem para ela ir para Campos, levando-a até a rodoviária. Puderam, ainda, construir com ela a possibilidade de não ir vestida de noiva, alegando que isso poderia novamente trazer-lhe problemas, como o que havia resultado na sua vinda ao hospital. A paciente, por sua vez, aceitou não ir vestida de noiva.

A decisão da equipe da enfermaria teve efeitos no CPRJ. Dizia-se que a equipe tinha decidido dar “alta de qualquer jeito” para paciente, “inclusive vestida de

noiva”²⁴. Optamos, então, por levar novamente o fato para discussão em reunião de equipe e algumas falas recolhidas neste momento descrevem bem a situação institucional. Por exemplo: “não dá para ouvir tudo que a paciente diz”, ou, ainda, “ela saiu do mesmo jeito que entrou” e, por consequência, “nós poderíamos ter feito mais”.

No próximo capítulo, partiremos desses fragmentos clínicos para elaborar qual pode ser o tratamento psicanalítico possível das psicoses numa enfermaria psiquiátrica pública.

²⁴ Uma provável referência à fala do psicanalista de que ela querer ir vestida de noiva não seria empecilho para a alta.

4 O TRATAMENTO PSICANALÍTICO POSSÍVEL DAS PSICOSES EM UMA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA PÚBLICA

Como foi mencionado anteriormente, no contexto da reforma psiquiátrica, o dispositivo de internação deixa de ser o destino do louco para se tornar um momento transitório do tratamento. Logo, um psicanalista que se proponha a trabalhar num dispositivo como esse irá tratar um sujeito em um momento pontual de sua história, que não necessariamente se desdobrará em uma psicanálise, como ocorre nos dois casos apresentados.

Logo, podemos dizer que há um tratamento psicanalítico das psicoses nesse contexto? Encontramos como significado de tratamento, entre outros: conversação, trato do mundo; bom cuidado ou negligência com que delas se cura; modo de operar sobre certas matérias que se deseja transformar. Concepções que se coadunariam com a afirmação de Quinet (2000) de que tratamento, na linguagem psicanalítica significa tratamento por intermédio de um discurso.

Isso nos encaminha para a teoria dos discursos de Lacan, apresentada no seminário “O avesso da psicanálise” (1969-1970/1992).

4.1 Tratamento possível das psicoses – pelo discurso psicanalítico

No início do seminário “De um Outro ao outro” (1968-1969), Lacan afirma que “A essência da teoria psicanalítica é um discurso sem fala” (LACAN, 1968-1969/2008, p. 11).

Vemos que nesse seminário, Lacan está discernindo os elementos que serão a base das suas formulações no seminário seguinte, “O avesso da psicanálise”, em que apresentará os quatro discursos que, segundo Coutinho Jorge (2002) sustentam todo liame social, sempre concebido como fundado exclusivamente na linguagem. Lacan (1968-1969/2008) afirma que prefere contentar-se em destacar no discurso a lógica, que é sempre condicionada pela redução do material:

Redução do material quer dizer que a lógica começa na data precisa da história em que alguns elementos da linguagem, tidos como funcionando

em sua sintaxe natural, são substituídos por uma simples letra por alguém que entende do riscado. E isso inaugura a lógica (LACAN, 1968-1969/2008, p. 34)

A lógica dos discursos é o que Lacan vai apresentar no seminário de 1969-1970.

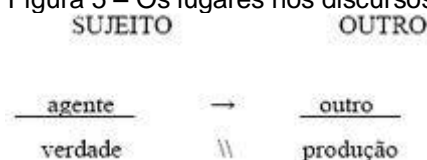
Visto que para o sujeito falante não há realidade pré-discursiva, pois sua inscrição no mundo humano, seu lugar na ordem simbólica, é produzido muito antes de seu próprio nascimento como ser vivo, o sujeito se inscreve em uma realidade discursiva pré-existente, a partir dos significantes do campo do Outro (COUTINHO JORGE, 2002). As estruturas discursivas se escrevem com quatro letras: S_1 , significante que apresenta o poder da marca fundadora, de significante mestre e que vem intervir na bateria significativa do Outro, numa rede que se chama saber (S_2). A intervenção de S_1 no sistema faz surgir o sujeito barrado, dividido. E, finalmente, Lacan diz que desse trajeto surge uma perda, um resto evasivo ao simbólico e pertencente ao real, que é designada pela letra que se lê como objeto a .

Quinet (2001, p. 14) aponta que o discurso como laço social é um modo de aparelhar o gozo com a linguagem, uma vez que o processo civilizatório, para permitir o estabelecimento das relações entre pessoas, implica a renúncia da tendência pulsional de tratar o outro como objeto a ser consumido: “(...) todo laço social implica um enquadramento da pulsão e resulta em perda real de gozo”.

Essa formulação lacaniana é importante para pensar o trabalho do psicanalista na instituição porque os discursos são concebidos como a estrutura mínima que articula os campos do sujeito e do Outro (RINALDI, 2002).

As letras se dispõem em lugares fixos: verdade, agente, outro, produção, dispostos da seguinte forma:

Figura 5 – Os lugares nos discursos



Fonte: LACAN, 1969-1970/1992.

Lacan coloca que se é legítima a sucessão de letras dessa álgebra, fazendo uma operação de quarto de giro, encontrar-se-á quatro estruturas discursivas:

discurso do mestre, discurso da histórica, discurso do psicanalista e discurso universitário.

Figura 6 – Os quatro discursos formulados por Lacan



Fonte: LACAN, 1969-1970/1992.

Inicia sua construção a partir da “relação fundamental” - um significante representa o sujeito ante outro significante – articulando aí o discurso do mestre. Afirma que parte daí por razões históricas e afirma que S_1 se apoia no senhor, enquanto que o campo do escravo é o saber. Afirma que esse é o discurso da filosofia, pois o que a designa em toda sua evolução é a subtração do saber do escravo pelo senhor. A filosofia, em sua função histórica, seria essa extração do saber do escravo, para obter sua transmutação em saber de senhor:

Faz-se lhe perguntas, perguntas de senhor, de mestre, obviamente, e o escravo responde com naturalidade às perguntas o que as perguntas já ditam como respostas. Acha-se aí uma forma de derrisão. É um modo de escarnecer do personagem que está lá virando no espeto (LACAN 1969-1970/1992, p. 21).

Lacan se pergunta se nessa operação de deslocamento do saber do escravo para o senhor, há uma vontade de saber, respondendo em seguida que não, pois: “Um verdadeiro senhor, vimos isto em geral até uma época recente, e se vê cada vez menos, um verdadeiro senhor não deseja saber absolutamente nada – ele deseja que as coisas andem” (LACAN 1969-1970/1992, p. 22-23).

Afirma que não há como não deixar de ver o recobrimento entre as três profissões impossíveis indicadas por Freud (1937/1996, p. 265) – governar, educar e analisar – e os quatro discursos que está formulando. O impossível, apontado por Freud, refere-se a que “de antemão se pode estar seguro de chegar a resultados insatisfatórios”.

Propomos que o trabalho realizado numa enfermaria pública de crise psiquiátrica se encontra na esfera do governar. Considerando que no discurso do mestre o agente, que dá o tom do discurso, é a lei, podemos pensar que é esse o discurso que sustenta esse dispositivo. Uma enfermaria psiquiátrica tem assim uma função a mais que uma função clínica, tem uma função política.

Se o discurso é uma modalidade de laço do sujeito com o Outro, ele não pode ser restrito a uma categoria profissional: Leila, por exemplo, se queixava de que quando ia ao CAPS, só lhe perguntavam sobre sua doença, medicação, o que, segundo ela, a desestimulava a ir ao serviço, visto não reconhecer que sofria de uma *doença*. Por esse motivo, sustentamos que a lógica manicomial não se restringe, simplesmente, a uma questão de *dentro* ou *fora* da internação e sim, ao modo como se fala, se interpela o Outro e quais modalidades discursivas dominam o contexto.

Em “Estou falando com as paredes”, Lacan (1971-1972/2011) afirma que a psiquiatria, é uma forma de serviço social. O psiquiatra deve se ocupar daqueles doentes que são perigosos para si mesmo e para os outros. Logo, a psiquiatria tem como uma função garantir o bom funcionamento da sociedade. Trabalhando dessa maneira, o psiquiatra estaria imerso no discurso do mestre, aquele que, como indica Lacan, quer que as coisas andem. Considera que o discurso do mestre pode ser reduzido a um único significante – ele representa alguma coisa. Essa alguma coisa, esse *x*, afirma que precisa ser elucidado.

Em nossa experiência na enfermaria, que, como dissemos, se estrutura entre o paradigma da atenção psicossocial, os princípios da gestão pública de saúde e o discurso médico, alguns significantes se apresentam como agentes desse discurso, como a *vaga*, a *cronificação*, o *tempo*, a *alta*.

Diante desse discurso instituído, não se deve propor que a “psicanálise” opere como significante-mestre. Leite (2008) destaca a ideia de *passagem*, de um discurso ao outro, como uma tarefa fundamental para o analista inserido nas instituições médicas.

O movimento de passagem de um discurso ao outro revela, em última instância, o objeto *a* (falta), sustentáculo do próprio matema tetraédrico. Conclui-se que, na impossibilidade de circular em os discursos, o que se inviabiliza é a instauração da castração e, conseqüentemente, a emergência do desejo inconsciente (LEITE, 2008, p.88).

No discurso do psicanalista o que vem no lugar de onde se ordena o discurso é o objeto *a*. Esse objeto designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido e, no entanto, essencial.

Como já foi apontado acima, o objeto *a* é a letra que designa a perda decorrente da entrada do sujeito na linguagem. Lacan mostra que no discurso do mestre o *a* é identificável com o que Marx fez surgir na função da mais-valia. E é porque é difícil separar esta última do desenvolvimento de alguns efeitos de linguagem, que ele introduziu o mais-de-gozar.

O objeto *a* tem, portanto, duas vertentes: a função de mais-de-gozar, em que o sujeito tenta recuperar o gozo perdido pela entrada da linguagem; e a de causa de desejo, em que sua opacidade promove o movimento do desejo. Tais funções dependem do lugar que o objeto ocupa no discurso. No discurso do psicanalista, o objeto *a* ocupa a função da causa de desejo.

No discurso do psicanalista, objeto *a* no lugar de agente, como semblante de dejetivo, se dirige ao outro enquanto sujeito barrado, dividido. Logo, na operação do discurso psicanalítico há um modo específico, “radicalmente novo”, segundo Coutinho Jorge (2002) de tomar o sujeito.

Vimos que Soler (2007) se pergunta sobre a possibilidade do trabalho da psicose, que ela denomina “autotratamento do real”, se inserir no discurso psicanalítico, exortando os psicanalistas que trabalham com psicóticos a apresentarem com que operação isso seria possível. Apresentaremos com que elementos temos podido sustentar a aposta nessa possibilidade.

4.2 Internação: o início do tratamento?

Conforme indica a lei 10216/01, o tratamento em regime de internação visará a reinserção social do paciente em seu meio, o que pode incluir um serviço de saúde mental. A internação pode ocorrer com sujeitos já em acompanhamento, posto que o mesmo não pode *prevenir* o retorno no real do que foi foracluído na psicose. A questão não é tratar para prevenir, mas há uma aposta de que, a partir do tratamento, pode-se construir uma estrutura melhor de acolhimento do sujeito

nesses momentos de recrudescimento da psicose. Por isso, em situações como as de Leila, apostamos que a internação poderá se configurar como início de um tratamento possível para um psicótico.

O início do tratamento foi abordado por Freud em artigo de 1913. Nele, Freud apresenta sua prática de só aceitar pacientes provisoriamente por um determinado período, no qual aplicaria uma “sondagem”, a fim de conhecer o caso e decidir se ele é apropriado à psicanálise. Ele destaca, entretanto, que esse experimento preliminar é ele próprio uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta (FREUD, 1913[1912-13]/1996).

Consideramos de extrema importância essa recomendação freudiana, pois ao afirmar que esse tempo inicial é uma psicanálise, convoca o analista a prática de uma ética. Em nossa opinião, ela se conjuga com a afirmação de Lacan de que uma psicanálise é o que se espera de um psicanalista (LACAN, 1956/1998).

É uma advertência para o analista que trabalha em instituição sobre excessos que possa se autorizar por não se tratar do *setting* analítico tradicional. Ao contrário disso, Freud afirma que “a distinção” que se pode fazer nesse tempo preliminar do tratamento é justamente que se deixe o paciente falar quase o tempo todo e não se explique mais que o absolutamente necessário. Ou seja, a “liberdade” de ação do psicanalista é ainda mais restrita.

Essa orientação ganha especial relevo, pois como foi possível observar no relato dos casos, o psicanalista que trabalha em uma enfermaria participa da própria construção das condições que viabilizam um tratamento – entrevistas com familiares, contato com outros serviços, como CAPS, entre outras ações. Como coadunar esse aspecto com a essas recomendações freudianas relativas ao início do tratamento? Isso nos remete à indicação lacaniana do analista se posicionar como secretário do alienado.

O dicionário Caldas Aulete indica como significados de secretário: redator das atas em reuniões; funcionário que assessora alguém, ou órgão, departamento, com serviços de datilografia, arquivamento, correspondência, organização, assuntos pessoais, etc; pessoa a quem se confiava algum segredo; livro que contém modelos de cartas para uso de pessoas que não têm prática de as escrever; aquele encarregado de lavrar os despachos da embaixada; o que dirige a secretaria da embaixada sob as ordens do embaixador.

A função de secretário implica em primeiro lugar no trabalho de registrar, escrever a fala do psicótico, como nos indica Lacan (1955-1956/1988). Ele ressalta que isso interessa porque o psicótico dá um testemunho singular e inteiramente original de suas relações com o conjunto do sistema da linguagem. Segundo ele, esse é “o interesse maior e permanente que Schreber fez de suas memórias” (LACAN, 1955-1956/1988, p. 238).

Em segundo lugar, podemos pensar que essa função de secretariar o psicótico numa enfermaria de crise pode consistir também em criar condições para que esse realize seu trabalho de reconstrução após o cataclisma do surto. Essa função pode ser apreendida dessa dimensão de “funcionário que assessora alguém, ou órgão, departamento, com serviços de datilografia, arquivamento, correspondência, organização, assuntos pessoais”. São tarefas que possibilitam que o trabalho propriamente dito, no caso o esforço de reconstrução, seja feito – pelo sujeito. Um analista pode assumir uma posição mais ativa, todavia não no que diz respeito a esse trabalho, mas em tarefas que podem criar as condições para que o trabalho do sujeito seja possível.

Nos exemplos apresentados, essa tática do psicanalista fica evidente: no caso de Leila, os atendimentos à família procuraram construir um outro lugar para ela, visto que o relacionamento com os familiares estava muito desgastado devido às agressões a que submetia a mãe. O contato com o CAPS procurou favorecer a continuidade do trabalho iniciado na internação. No caso de Lúcio, ofereceu-se uma escuta aos familiares de maneira que eles pudessem falar do estranhamento com o que vinha se passando com o filho, de modo a poder suportá-lo em casa. No caso de Fátima, nos aliamos aos outros profissionais da equipe na busca de informações que contribuíssem na construção do caso.

O trabalho de secretariar o alienado na enfermaria se constrói, portanto, a partir da escuta de cada sujeito e da avaliação de quais ações são necessárias para dar suporte ao seu trabalho, esse “autotratamento do real” de que nos fala Soler (2007).

Seguindo a indicação freudiana, o trabalho do psicanalista deve seguir as regras da análise ainda em seu tempo preliminar, logo é um trabalho que tem em seu horizonte a diferença entre transferência e sugestão. Essa diferença ganha especial relevo no trabalho do psicanalista em instituição, visto que o próprio Freud em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (FREUD, 1919[1918]) entrevia que

na medida em que a psicanálise pudesse chegar à massa da população, através de organizações beneficentes ou do próprio Estado, seria necessário adaptar a técnica analítica às novas condições, sendo provável que fosse necessário fundir o “ouro puro da análise livre” com o “cobre da sugestão direta”. Observação que interessa a um psicanalista que trabalha numa enfermaria de crise. Em que medida o que se faz ali se baseia na transferência ou na sugestão?

Afirmamos que o tempo de trabalho na enfermaria é o tempo do início do tratamento. Pensamos que é possível aproximar esse tempo das entrevistas preliminares, tematizadas por Lacan. As entrevistas preliminares delimitam no processo de análise um tempo particular que começa no momento em que um paciente faz uma demanda e termina com a entrada em análise. Esta última está coordenada com a instalação da transferência.

Optamos por não nos determos na questão da transferência na psicose nessa dissertação, porém entendemos que aproximar o trabalho do psicanalista no tempo da internação das entrevistas preliminares é ter por referência a instalação da transferência como “princípio de poder” do psicanalista, ainda que essa não se instale. Isso implica em seguir a recomendação freudiana de deixar o paciente falar o mais possível e se abster de interpretar. Nos termos do tratamento da psicose, conforme indicado por Lacan, manter-se, portanto, na função de secretariar o alienado e de transmitir para a equipe algo de essencial que se presentifica com o discurso do psicanalista.

Pequeno (2000) afirma que o analista se instalar na posição de secretariar o alienado é uma condição necessária, mas não suficiente para uma psicanálise de psicótico, indicando que frequentemente o psicanalista assume, junto ao psicótico, o lugar de outro, de companheiro, lugar do qual visa a algo que pode se chamar de barragem de gozo.

Consideramos que no trabalho na enfermaria de crise, por se fazer em um tempo circunscrito, procurar ocupar a posição de secretariar o alienado é tentar instalar essa condição necessária ao tratamento de um psicótico.

Via diferente seria aquela que tem por referência a sugestão. Em “Sobre a psicoterapia” (1905[1904]/1996), Freud afirma que há entre a técnica sugestiva e a técnica analítica, baseada na transferência, “a maior antítese possível”. De acordo com ele, essa antítese se assemelharia à descrita por Leonardo da Vinci entre a pintura e a escultura. A pintura, dizia ele, trabalha *per via de porre*, depositando

sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali, enquanto a escultura funcionaria *per via de levare*, pois retira da pedra tudo que encobre a superfície da estátua nela contida (FREUD, 1905[1904]/1996). Freud afirma que, de maneira semelhante, a técnica da sugestão deposita algo que espera ser forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica, não se importando com a origem ou o sentido dos sintomas. A técnica analítica, por outro lado, não pretende acrescentar ou introduzir algo de novo, mas antes “tirar, trazer algo para fora” (FREUD, 1905[1904]/1996, p. 247). No caso das psicoses, tendo-se em vista que esse *algo está a céu aberto*, trata-se de legitimá-lo, de reconhecê-lo, introduzindo um princípio ético fundamental nesse *início de tratamento*.

Coutinho Jorge (2002) indica que o discurso do mestre é o discurso que evidencia o funcionamento da sugestão: $S_1 \rightarrow S_2$, por meio da qual opera a hipnose, abandonada por Freud. Já o discurso do psicanalista, ele afirma, é o único que considera o outro como sujeito, sujeito falante capaz de produzir significantes primordiais fundadores de sua história.

Entendemos que isso é operar *per via de levare*, como nos indica Freud, reconhecendo os significantes primordiais do sujeito.

Sabemos, como foi indicado, que no caso dos psicóticos, não se trata de trazer algo para fora, pois como nos afirma Freud, eles revelam o que os neuróticos mantêm escondidos como um segredo. Em “Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença”, Freud (1915b/1996, p. 271) volta a destacar essa característica ao receber uma paciente paranoica em seu consultório:

Nem por sua atitude, nem por qualquer espécie de expressão de emoção, traía ela a menor vergonha ou acanhamento, como era de se esperar que sentisse na presença de um estranho. Mostrou-se inteiramente dominada pela apreensão provocada pela sua experiência.

Consideramos que essa característica dos psicóticos de revelar o que os psicóticos escondem favorece o trabalho do psicanalista num dispositivo em que o problema do tempo é relevante.

Na perspectiva psicanalítica, o que a fala dos psicóticos *revela* é seu próprio trabalho de sujeito, é o testemunho de sua peculiar relação com a linguagem e com o campo do Outro. Nesse sentido, nos alinhamos com Souza (1991), quando essa diz:

Escutar o delírio e sua certeza, acolhê-los, é, de saída, um procedimento tático visando criar laços, tecer vínculos de confiança, promover uma atmosfera cálida onde o psicótico, esse sujeito tão sem lugar, encontre um lugar, esse sujeito tão perseguido, sintá-se protegido, encontre-se em casa. (SOUZA, 1999, p. 115).

Talvez se possa pensar que a escuta oferecida à Leila, possibilitou a instituição desse lugar, tecido a partir de vínculos de confiança, onde algo do sujeito pode emergir, que articule sua história, seu sofrimento, lugar de “falar as coisas certas”, como ela disse. Pensamos que é possível articular esse lugar com o direito de asilo ao qual o psicótico pode recorrer apontado por Rotelli (1994), onde o que abriga é haver lugar para sua fala, para a singularidade de sua construção delirante. Dar lugar a isso não se confundiria então com um local. O dispositivo de internação só se propõe a isso na medida em que haja um que tome a fala do sujeito dessa forma. Do contrário, pode se reiterar como lugar de segregação.

De modo que entendemos que quando o psicanalista se dirige ao psicótico como sujeito, sujeito da linguagem (não sujeito do inconsciente) reconhecendo na sua fala seu trabalho de sujeito, está *tratando-o* pelo discurso psicanalítico, podendo extrair daí elementos de sua história, como vemos no caso de Leila. O desdobramento disso em uma demanda de tratamento é um efeito dessa oferta de escuta.

Muitas vezes a demanda de tratamento, em regime de internação, parte de terceiros, como a família ou alguma instituição. Que um psicótico, sozinho, venha solicitar a internação como abrigo, reclamando o seu direito de asilo, costuma ser o efeito de um acompanhamento. Ou, por outro lado, de um processo conhecido como institucionalização, onde a única resposta oferecida diante do sofrimento psicótico foi a internação psiquiátrica

Quinet (2001) destaca que há psicóticos que procuram análise por orientação médica, mas se ele volta e continua vindo, cabe ao analista detectar a demanda que ele lhe dirige como efeito de sua oferta.

Logo, no trabalho na enfermagem, ainda que a demanda de tratamento seja de terceiros, quando o paciente aceita ser escutado pelo analista é frequente que apareça uma demanda sua – em relação à internação, em direção a algum familiar ou de suas próprias vivências psicóticas. Consideramos que esse é o ponto de partida do trabalho, pois é a partir dessa demanda que o sujeito vai poder situar seu problema, comunicar seu delírio, historicizar seu sofrimento.

Quando nos propomos a escutar os psicóticos internados o que buscamos é deslocar o foco do trabalho da demanda dos que o trouxeram para a internação, que, em geral, é uma demanda de normalização do comportamento, para localizar se há alguma demanda do sujeito. O que é que ele indica como seu problema? Visamos com isso evitar o caminho da *orientação*, do tipo “você deveria tomar seu remédio” ou “você não deveria abandonar o tratamento”, que no nosso entender trabalha na perspectiva da sugestão, *per via de porre*, depositando algo que espera ser forte o bastante para favorecer uma mudança de comportamento. Observamos, em nossa prática clínica, que muitos psicóticos aparentemente respondem a esse tipo de demanda, demanda que se estabelece do lado do técnico de saúde mental, iniciando um tratamento após a alta, mas não dão prosseguimento ao mesmo, configurando o que se chama de problema de adesão ao tratamento, o qual retomaremos mais adiante.

Quinet (2001) indica que é possível estruturar a demanda de análise do psicótico a partir de duas vertentes: a do simbólico e a do real. Na vertente simbólica, o psicótico pode se dirigir a uma analista porque emergiu em sua vida uma ou diversas significações sob as quais o sujeito tende a sucumbir. Como indica Lacan, na psicose a resposta se coloca antes da questão. O sujeito pede ao analista uma significação derradeira que possa fazer cessar o sem-fim do significante e a perplexidade que se abate sobre o sujeito.

Na segunda vertente, real, o pedido ao analista é de fazer barreira ao gozo do Outro:

Barreira ao Outro que o persegue, que fala em sua cabeça, que o manipula ou que o olha na rua. Trata-se de um pedido de asilo para exilar-se do Outro. Esse pedido também é feito ao asilo, onde a barreira é de concreto como se o Outro pudesse ser barrado na porta (QUINET, 2001, p. 127).

Observamos esse efeito de abrigo que a enfermaria pode ter para um psicótico na primeira internação de Leila, quando fala do alívio de se separar um pouco da mãe, com quem morava. Esse efeito, todavia, não se desdobrava em tratamento. Ela já havia ido ao CAPS antes da internação, no entanto, não seguia tratamento, pois entendia seu problema como espiritual e afirmava que as entrevistas que teve lá se assemelhavam à prática psiquiátrica de exame psíquico, lhe perguntando sobre tratamento, remédio, problemas que naquele momento não

lhe concerniam. Entendemos que o que pode ter operado no caso de Leila foi desenvolver o trabalho a partir de sua demanda relativa às dificuldades de relacionamento com a mãe, manobra que culminou em sua fala de que com o psicanalista falava as coisas certas.

Desse modo, propomos aqui que o trabalho do psicanalista na enfermaria visaria um deslocamento, mínimo, do testemunho da relação do sujeito com o Outro para a construção de uma mediação entre o sujeito e aquilo do qual ele padece, viabilizando uma possível demanda de *tratamento*. Situaremos essa proposta a partir do caso de Leila.

4.2.1 Do testemunho a demanda

Observam-se, nesse caso, ao menos dois tempos diferentes do trabalho: um primeiro momento em que aparece a certeza de que o que vivia era espiritual e logo não havia tratamento possível no campo da saúde mental, pois “não tínhamos a mesma fé” e ela não queria envolver terceiros nisso, tendo que aguentar tudo sozinha. E um segundo tempo, em que se mantém a certeza sobre a origem do problema, entretanto há uma abertura para um terceiro, no caso o analista com quem falava as coisas certas. Essa abertura aparece através de uma demanda de não ser transferida para outra unidade psiquiátrica.

No primeiro tempo indicado acima, encontramos uma condição bastante semelhante à indicada por Freud como limitadora à influência da psicanálise nos psicóticos – a fixação da libido no eu, que não pode transferir-se a um objeto, no caso o analista, ou a uma equipe de saúde mental, por “não termos a mesma fé”, situação que implica na *rigidez psíquica* de que nos fala Freud. A própria Leila fala dessa rigidez quando afirma ser “teimosa” e não consegue seguir as orientações do pastor.

Situaremos aí o lugar do psicanalista, no tempo do *testemunho*, onde o sujeito relata o sofrimento decorrente do retorno do foracluído no real – os apertos no corpo de Leila – e os efeitos dele em sua vida, no caso a manipulação a qual submete a mãe para conseguir algum controle sobre os apertos. Nesse momento, entretanto, Leila só se queixa disso, afirmando que tem que aguentar sozinha as consequências

de suas experiências. Não há espaço para “terceiros”, como ela mesma diz. Sua tentativa de recorrer a um terceiro, o pastor, havia fracassado, e ela tinha que se haver sozinha com isso.

Percebe-se que nesse momento, Leila se encontra assujeitada ao gozo do Outro, termo que Lacan cunha para designar um gozo distinto do gozo fálico, inscrito no simbólico. Souza (1991) afirma que dizer gozo do Outro indica que o significante faltou em seu trabalho de separar o gozo do corpo, falhou em sua função de negativá-lo, esvaziá-lo do corpo para recuperá-lo depois como mais-de gozar, resto de gozo limitado às bordas e orifícios anatômicos onde a pulsão, contornando o vazio do objeto, encontra sua satisfação. Isso implicaria em uma perturbação na economia de gozo que fica bastante evidente no caso de Leila e os *apertos*, claramente voluptuosos, que se espalham por seu corpo.

Nesse primeiro *tempo* destaca-se a importância da internação como *abrigo* e como rede de sustentação para que o lugar do psicanalista, como *testemunha*, possa se configurar favorecendo a passagem para o segundo tempo. Trata-se de criar nesse *abrigo* uma possibilidade de *habitar* o próprio corpo estabelecendo uma distancia mínima em relação ao Outro invasor, pois, é preciso *habitar*, para *existir* e *pensar* (LEITE, 2013).

O segundo tempo é o momento em que se viabiliza o surgimento de alguma *demanda*. Leila pede ao psicanalista que não a transfira para outro dispositivo de internação, pois ele *fala as coisas certas com ela*. Para um sujeito que dizia que tinha que “aguentar *tudo* sozinha” foi um passo fundamental poder dividir, no sentido de falar, isso com o analista.

Isso indica que ela encontrou algum lugar no campo do Outro para o seu sofrimento, sua história. É nesse sentido que podemos entender a orientação de Souza (1999) de acolher o delírio como um procedimento tático visando criar laços, onde o psicótico encontre um lugar. O lugar de que se trata é um lugar no campo do Outro. Como podemos entender esse *lugar*, posto que pelo que vimos até agora, o que a forclusão do Nome-do-Pai implica é que em determinados momentos sujeito e Outro estejam amalgamados?

Para responder a essa pergunta, retomaremos os movimentos de alienação e separação, apresentados por Lacan no seminário Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (LACAN, 1964/1985).

Lacan coloca que a estrutura do significante se funda no que chamou de função de corte e que articulará como função topológica da borda. A relação do sujeito com o Outro é um processo circular, de borda.

Destaca-se, na apresentação das operações de alienação e separação, o movimento que existe entre S_1 e S_2 , que Lacan grafa como um losango, que faz uma estrutura de borda. Esse movimento é remetido ao próprio movimento da pulsão, na qual a flecha que parte para o alvo só preenche sua função na medida em que realmente dele emana, para retornar ao sujeito.

Nesse losango, o vetor debaixo é a alienação, a primeira operação essencial que funda o sujeito, na medida em que a necessidade precisa passar pela cadeia significante. Souza (1991) afirma que a alienação faz do vivente um sujeito, sujeito falante, engendrando a perda do ser, da condição de vivente. Lacan define a alienação como *vel* que condena o sujeito a só aparecer nessa divisão articulada suficientemente ao dizer que ele aparece de um lado como sentido, produzido pelo significante, do outro ele aparece como afânise.

Essa afânise, que Lacan também denomina *fading* do sujeito, decorre do fato mesmo da articulação significante. Diz Lacan (1964/1985, p. 197):

O significante produzindo-se no campo do Outro faz surgir o sujeito de sua significação. Mas ele só funciona como significante reduzindo o sujeito em instância a não ser mais do que um significante, petrificando-o pelo mesmo movimento com que o chama a funcionar, a falar como sujeito. Aí está propriamente a pulsação temporal em que institui-se o que é a característica da partida do inconsciente como tal – o fechamento.

Esse tempo da alienação, Lacan diz, está fundado na subestrutura da reunião. No segundo tempo, da separação, há o retorno de S_2 sobre S_1 . Esse tempo está fundado na subestrutura da interseção ou produto.

Lacan afirma que a alienação está essencialmente ligada à função da dupla de significantes $S_1 - S_2$. Marca que é diferente que haja dois significantes ou três, pois desde que haja três, o deslizamento se torna circular. Passando do segundo ao terceiro, ele retorna ao primeiro, mas não ao segundo.

Anteriormente, ele já havia destacado a necessidade do três como mínimo inicial concebível de uma bateria significante, para que o registro do significante possa se organizar (LACAN, 1959-1960/1997). No seminário da ética, afirma que a “psicologia do psicótico” pode ser explicada na medida em que é recusado esse

terceiro termo, que mantém a base do sistema de palavras numa certa distância. Segundo ele, na psicose “falta alguma coisa, em direção a que tende desesperadamente seu verdadeiro esforço de suprimento, de significantização” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 85).

Lacan aponta que o efeito da afânise que se produz sob um dos significantes está ligado à definição de um conjunto de significantes. É um conjunto de elementos tal que se existem apenas dois, o fenômeno da alienação se produz – a saber, que o significante é o que representa o sujeito para outro significante. De onde resulta que no nível do outro significante, o sujeito se desvanece.

Considera que aquilo pelo quê o sujeito encontra a via de retorno do *ve/* da alienação é a operação de separação. Ele afirma que pela separação o sujeito acha o ponto fraco do casal primitivo da articulação significante, que é o intervalo entre esses dois significantes, em que vige o desejo.

Esse desejo, o sujeito experimenta a partir do discurso do Outro, do primeiro Outro com o qual ele tem que lidar. O desejo do Outro, o sujeito vive como estando para além ou para aquém no que ele diz. E no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito.

O sujeito – por um processo que não deixa de conter engano, que não deixa de representar essa torção fundamental pela qual o que o sujeito reencontra não é o que anima seu movimento de tornar a achar – retorna ao ponto inicial que é o de sua falta como tal, da falta de sua afânise (LACAN, 1964/1998, p. 207).

Souza (1991) coloca que ao fazer equivaler a falta surpreendida no Outro à sua própria, o sujeito conquista um lugar aí, no furo do Outro, onde se institui e se estabiliza, escapando da vacilação entre um significante e outro, à qual fora submetido pela alienação.

Esse furo no Outro remete a noção de *das Ding*, que Lacan apresenta no seminário sobre a ética da psicanálise. *Das Ding*, a Coisa, Lacan a situa “no centro do real” (LACAN, 1959-1960/1997, p. 153). O real, Lacan afirma, é o que se reencontra sempre no mesmo lugar. *Das Ding* seria o que do real padece do significante, ela foi cingida pela rede significante. É esta que introduz no real uma hiância, um furo.

O terceiro significante, que instaura o movimento circular, compondo assim uma borda, cingindo o furo no real, é o significante Nome-do-Pai. Pela via da articulação significante se constrói uma distância em relação ao Outro.

O psicótico, pela forclusão do Nome-do-Pai, fica alienado no campo do Outro. Havendo fratura no processo de separação, fica assujeitado ao gozo do Outro, Outro consistente, sem furo nem borda. A construção delirante é uma tentativa de suprir a ausência do significante Nome-do-Pai, que estabeleceria essa separação do campo do Outro. De acordo com Souza (1991): “A construção do sistema delirante autoriza que um intervalo feito de significantes se instale entre o psicótico e seu Outro” (SOUZA, 1991, p. 75).

Apostamos, portanto, que oferecer um lugar de fala ao psicótico pode favorecer a criação desse intervalo significante que lhe abra, no sentido de cingir, um lugar no campo do Outro. Além disso, delimita um corpo e uma fala própria criando uma barreira ao Outro invasor e possibilitando ao psicótico um saber-fazer com o real.

Nas entrevistas com psicóticos na internação, nos deparamos constantemente com uma busca de reconhecimento da verdade do seu delírio. A verificação do tratamento como lugar de acolhida da sua fala, oferecendo algo que diga respeito ao seu sofrimento, pode favorecer, portanto, a demanda por tratamento e consequente engajamento neste. É somente nessa perspectiva que pensamos uma “adesão ao tratamento” que interessa.

A adesão ao tratamento é um tema relativo ao discurso médico e diz respeito ao problema do paciente acatar ou não as prescrições da equipe de tratamento (SEBBA; FERREIRA, 2010). Refere-se, portanto, a um posicionamento do sujeito psicótico em relação à sugestão, à prescrição do que fazer em relação aos fenômenos que lhe acometem. Tomarmos o termo adesão, no sentido semântico de colar-se, unir-se, conformar-se, nos conduz a uma interrogação sobre essa direção de trabalho com psicóticos, que, como vimos, devido a sua estrutura está alienado, *aderido* ao campo do Outro. É importante destacar que encontrar lugar no campo do Outro é diferente estar aderido a este. Ter lugar implica em alguma separação, cingir esse intervalo feito de significantes entre o psicótico e seu Outro.

A experiência na enfermaria, reiterada pelo caso de Leila, é de que muitas vezes a internação é procurada pelos familiares, quando o sujeito não “adere” ao tratamento em nenhum outro dispositivo. A partir do que já pudemos desenvolver

sobre a clínica da psicose, podemos abordar esse problema por algumas vias: pensá-la como efeito dessa fixação da libido no eu, que provoca um encerramento do sujeito em si mesmo, e que segundo Freud, impossibilitaria a transferência na psicose. Ou pela via do caso de Leila, em que o sujeito não se dirige a um dispositivo de tratamento por não supor neste um lugar que responda ao seu sofrimento.

No referido caso, não podemos supor, na fala de que o analista fala as coisas certas com ela, uma emergência de suposição de saber?

Essa questão não encontra consenso entre os psicanalistas. Souza (1999) propõe que se diferencie os elementos necessários e contingentes do sujeito suposto saber, para situar o porque um psicótico se dirigiria a um psicanalista.

Os elementos necessários são a conjectura de que há saber, saber este que não se sabe mas pode vir a saber, e que alguém (o analista), sabe levar o sujeito a sabe-lo. E o elemento contingente, não necessário, é a suposição de saber que escapa ao sujeito, a significação, alguém (o analista) o sabe (SOUZA, 1999, p. 111).

Rabinovich (2005, p. 25), por sua vez, afirma:

É claro que supor um sujeito a esse saber sem sujeito que é o inconsciente, não ocorre na psicose. Nem a suposição, nem o inconsciente como saber sem sujeito podem funcionar. O saber não se supõe aí, ele é sabido; o sujeito sabe, ele diz que sabe e diz o que sabe

Pensamos que Rabacov & Becker (2005, p. 48) situam melhor a questão ao dizer que “onde há certeza, o saber inconsciente não pode ser produzido; não há saber não sabido”. No entanto, segundo os autores, um ‘não sei’ inicial é fundamental na busca por uma cura.

Figueiredo (1997) indica que o psicótico padece mais da certeza do que da dúvida, portanto, num primeiro momento, não está inclinado a supor. Segundo a autora, fazer vacilar a certeza em direção a uma suposição possível seria um ponto para um analista trabalhar na análise de um psicótico.

Logo, nas entrevistas iniciais interessa localizar os pontos de certeza, estruturantes do sujeito, e os pontos de não-saber, de pergunta, que podem abrir as portas para uma cura. Nas entrevistas com Leila, se a certeza de que o que tinha era espiritual a afastava do tratamento, o não saber o que fazer para não fazer sua mãe ficar repetindo seus movimentos abriram as portas para um novo lugar onde ela

poderia dirigir sua questão – o tratamento, mas podemos precisá-lo como uma psicanálise, visto que, a partir do encontro com o analista, pediu para só fazer “tratamento psicológico” (como ela se referia ao atendimento com o psicanalista) no CAPS.

Algumas vezes esse ponto de não-saber não é evidente na fala do sujeito. No caso do jovem Lúcio, uma psicose recém-eclodida, preche de fenômenos, suas entrevistas eram um longo testemunho das suas vivências corporais e relato dos seus delírios. Não havia ainda um ponto de não-saber, algum embaraço, visto que dizia das agruras impostas pelo pai e de suas reações agressivas a ela. Foi a partir de uma queixa dele que o analista pôde tentar fazer esse cavo entre sujeito e significação de que nos fala Souza (1999): Lúcio se queixava de estar internado. A partir dessa queixa, o analista vai colocando algumas perguntas como “e aí, como vai ser conviver com seu pai em casa?”, “como você vai lidar com isso?”, abrindo espaço para o sujeito construir sua(s) saída(s). Perguntas que não incidem sobre os pontos de certeza, mas que colocam a questão de como o sujeito “se vira” a partir deles²⁵.

Pequeno (2000) indica, na apresentação de um caso clínico, a emergência de um significante da transferência, sem suposição de saber, no sentido que esta assume na psicanálise de neurótico, suposição de saber que se refere aos significantes da cadeia inconsciente. A suposição de saber na psicose seria uma suposição de saber fazer (*savoirfaire*) com o gozo. A autora afirma, a partir de sua prática clínica, que o sujeito suposto saber-fazer, como correlato ao sujeito do gozo que Lacan aponta no texto “Apresentação das Memórias de um doente dos nervos” (LACAN, 1966/2003), é uma forma que a suposição de saber assume com frequência em casos de psicose. Segundo essa autora, o sujeito do gozo é aquele que, de uma posição de objeto terá que se haver com o retorno do gozo no real²⁶.

Se Freud e Lacan colocaram um intervalo entre a demanda por uma análise e o início da mesma, através do estabelecimento da transferência, também nós

²⁵ Viganó (1999) indica que trata-se de não colocar a pergunta “o que podemos fazer por ele?”, mas uma outra: “o que ele vai fazer para sair daqui?”

²⁶ Souza (1991, p. 57) considera um problema identificar o psicótico ao sujeito do gozo. Apoiada em Lacan diz que o sujeito do gozo seria o “sujeito mítico”, “fase sensível do ser vivente”, capaz de abranger todo espectro de dor e prazer numa única palavra que em francês chama de *objet de la jouissance*: “(...) se o ser vivente puder ser pensado, será sobretudo enquanto sujeito do gozo”. Logo, observamos uma divergência, dentro do campo psicanalítico, sobre o estatuto do sujeito na psicose. No entanto, em ambas, parte-se de que há sujeito.

precisamos estar advertidos que nem toda queixa que se recolhe na escuta do sujeito na enfermaria poderá se transformar numa demanda de tratamento. Este não deve se colocar como ideal a ser alcançado, sob o preço de apagamento do sujeito em questão. O significante *tratamento* estaria aí ordenando um discurso de mestria.

Logo, se uma demanda de tratamento não se articula o psicanalista não pode tomá-lo como um fracasso, que subjaz ao discurso de impotência que aparece, por exemplo, nas falas da equipe no caso de Fátima: “Não dá para ouvir tudo que a paciente diz”, “ela saiu do mesmo jeito que entrou”, “nós poderíamos ter feito mais”.

Precisamos estar advertidos que o discurso da impotência recobre o impossível, o real que está em jogo em qualquer tratamento. Vale destacar as recomendações de Freud (1912/1996; 1919/1996) sobre o cuidado que o psicanalista deve ter quanto às suas ambições em relação ao tratamento (educativas, terapêuticas, científicas), evitando que seus próprios desejos sobrepujem as (im)possibilidades dos pacientes.

Leite (2008) marca que esses momentos de impasse dizem respeito a situações de difícil contorno, cuja solução parece impossível indicando que Lacan se refere à questão do impasse como um indício da ordem do Real, isto é, *daquilo que não cessa de não se inscrever*, exigindo do analista uma tentativa de formalização teórica, momento crucial para a manutenção da formação permanente.

Viganó (1999) indica que reencontrar a dimensão da clínica é fundamental para evitar uma nova cronicidade que seria, na perspectiva da reforma psiquiátrica, ao eliminar o significante *doença*, criar o tratamento do usuário, por toda vida, num regime de assistência social. Isso criaria uma nova espécie de segregação.

O que, no caso de Fátima, poderia se colocar ao se insistir nos ideais de inseri-la em algum serviço de saúde mental ou reintegrá-la à família. Vale lembrar que a rede de assistência social ela conhecia bem e recorria a ela quando avaliava necessário. Zenoni (2000) apresenta uma estrutura residencial aberta na Bélgica, na qual o sujeito pode ser acolhido sem ser obrigado a fazer um tratamento. Essa possibilidade parte de uma distinção entre o cidadão, indivíduo que tem direito à assistência e à ajuda, e a dimensão do sujeito, que está referida à implicação, à liberdade e à responsabilidade. Afirma que enfatizar essa distinção implica em preservar a dimensão do sujeito: “É preciso que o sujeito tenha a assistência à qual ele tem direito, com a liberdade de recusar o tratamento. É somente nesta liberdade que garante a possibilidade [do tratamento]” (ZENONI, 2000, p. 28).

Entendemos que Fátima sabia fazer uso dos serviços sociais sem precisar recorrer a dispositivos de tratamento, um saber técnico. É importante poder reconhecer um saber fazer aí.

Viganó (1999) estabelece uma diferença entre o *caso social* e o *caso clínico*. O primeiro seria conduzido pelos operadores, os técnicos, e o segundo, resolvido pelo sujeito, que é o verdadeiro operador, desde que nós o coloquemos na condição de sê-lo. O autor faz uma análise semântica das palavras *caso* e *clínico*. *Caso* vem do latim *cadere* e, segundo ele, quer dizer cair para baixo, ir para fora de uma regulação simbólica, encontro direto com o real. A palavra *clínica* vem do grego, *kline*, que significa leito. Sendo assim a clínica é o que se faz no leito, com a presença do sujeito. É um ensino que não é teórico, que parte do particular. Segundo o autor, a construção do caso “é o discurso mesmo do psicanalista”, que parte sempre do particular:

Essa escritura do discurso do analista é o que constitui a construção do caso clínico, portanto o discurso do analista não se apresenta somente no momento em que se inicia uma análise, mas é uma forma de trabalhar, que pode também ser reproduzida na instituição [...]. Logo, a posição do analista na instituição é aquela de construir o caso clínico (VIGANÓ, 1999p. 56).

Figueiredo (2004) indica que o caso não é o sujeito, pois implica uma construção com base em elementos que recolhemos de seu discurso. No caso do trabalho em instituição, entendemos que elementos recolhidos pelo trabalho de outros profissionais também podem ser incluídos nessa construção.

No trabalho na enfermagem, entendemos que essa dimensão da construção do caso clínico é um elemento fundamental do trabalho do psicanalista. Sustentar o tempo dessa construção é um desafio num serviço em que a urgência é elemento pregnante. No entanto, não necessariamente o tempo de construção, que o psicanalista sustenta, será maior do que o dos outros profissionais. É o que fica evidente no caso de Fátima, em que o analista se antecipa ao juízo da equipe.²⁷

Rinaldi (2005) afirma que a função do analista na direção do tratamento é favorecer o aparecimento do sujeito para que ele mesmo possa conduzir, pela fala e pela elaboração simbólica, o processo de sua cura.

²⁷ Avaliamos que o texto “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada” (1945), contribui muito para pensar o tempo de construção do caso clínico.

Se o analista trabalha apostando na possibilidade do sujeito advir a partir da oferta para que ele fale, não há como dar conta do que condicionaria o aparecimento de uma demanda por algum tratamento. Não há como forçar isso, é necessário aceitar que, para alguns sujeitos, isso é impossível. E que, naquele momento, é desse impossível que o analista pode tratar.

Entretanto, o que podemos sustentar, a partir dessa elaboração, é que não podemos dizer que não houve tratamento. Pois, ainda que não se tenha estabelecido uma transferência, iniciado uma análise, pode-se apostar que houve tratamento – pelo discurso psicanalítico, através da construção do caso que pôde ser feita, como nos indica Viganó (1999), orientando o manejo e os encaminhamentos.

É isso que, pensamos, pode sustentar a presença do psicanalista numa enfermaria de crise.

MOMENTO DE CONCLUIR

A práxis de um psicanalista numa enfermaria psiquiátrica pública terá que dialogar com as questões trazidas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, que surge na década de 1970, questionando a função terapêutica dos hospitais psiquiátricos e denunciando as violências praticadas dentro destes. Em função desse importante movimento, o campo de cuidados de pacientes com transtornos psíquicos se transformou no Brasil. Fizemos um breve percurso sobre as mudanças que incidiram no lugar dos dispositivos de internação na rede assistencial, que deixa de ser centrada nestes para ter uma base comunitária e territorial.

Consideramos relevante discutir o trabalho desenvolvido nos dispositivos de internação, aos quais ainda se recorre quando todos os outros recursos foram esgotados, como indica a Lei 10216/01. Afirmamos que o necessário redirecionamento do cuidado para fora da internação tem como efeito uma baixíssima produção de conhecimento sobre o trabalho que ainda é realizado nessas unidades, as quais, em nosso entendimento, devem ser privilegiadas em detrimento das unidades particulares conveniadas ao SUS.

Destacamos que a ideia central do processo de *desinstitucionalização* proposto por Franco Basaglia, líder do movimento de psiquiatria democrática italiana, é que o aparato manicomial deve ser entendido não somente como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas que fundamentam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana. Logo, é contra a própria “instituição” psiquiatria que esse movimento se insurge, instituição aí entendida como conjunto de aparatos científico, legislativo e administrativo, referidos a categoria de doença mental.

Foi relevante, para os fins desse trabalho, entender que a lógica manicomial não se restringe a uma prática que se efetue dentro ou fora da internação psiquiátrica, assentando-se, portanto, numa certa maneira de reconhecer o sujeito em sofrimento psíquico. Como vimos, a lei 10216/01 procura trazer para dentro dos dispositivos de internação o paradigma da atenção psicossocial, abrindo a possibilidade de inserção de psicanalistas nessas equipes, visto que a partir daí são os aspectos da existência-sofrimento dos sujeitos que serão tratados. Todavia, à guisa de conclusão, acreditamos que o acolhimento do momento da

desestabilização ser feito em dispositivos tipo “hospitalares”, favorece o estabelecimento do discurso médico como direcionador do cuidado, podendo dificultar a abertura para o tratamento de outras questões do sujeito. Isso renova nosso interesse em ver a expansão da presença de CAPS III, serviços primordiais para o acolhimento da crise, na rede pública de saúde mental. Entendemos que uma rede diversificada de serviços de acolhimento de sujeitos no momento de desestabilização pode ser extremamente vantajosa para contornar os efeitos de segregação que o hospital psiquiátrico pode provocar.

Destacamos que a teoria dos discursos que sustentam todo laço social, formalizada por Jacques Lacan, pode ser de grande valor para pensar a assistência em questão dentro ou fora da enfermagem psiquiátrica. Sua formalização permite evidenciar os elementos que agenciam o discurso, mostrando como os campos do sujeito e do Outro se articulam e que efeitos podemos esperar. Pensamos que, em pesquisas posteriores, essa questão também pode ser abordada a partir da topologia do nó borromeano.

Com Tenório (2001a), vimos que a reforma psiquiátrica interessa à psicanálise, pois a lógica manicomial propõe um agenciamento social da loucura que convida o sujeito à demissão subjetiva. A lógica da atenção psicossocial promoveu uma abertura para o trabalho de psicanalistas em dispositivos da saúde mental. Entretanto, segundo esse autor, no campo da atenção psicossocial vigoram concepções de sujeito que são distintas da psicanálise. Logo, não se pode subsumir um ao outro. A entrada de psicanalistas no campo da saúde mental significou a introdução de uma nova lógica: a lógica do inconsciente.

Nesse sentido, o que contamos ao fazer um percurso pelos textos de Freud sobre a psicose é seu esforço em introduzir nesta elaboração a lógica do inconsciente. Como indica Lacan (1966/2003), ao transformar as memórias de Schreber em um caso clínico, Freud introduz aí o sujeito enquanto tal.

Introduzir a lógica do inconsciente no estudo das psicoses seria trabalhar com a hipótese lacaniana, cerzida a partir da obra de Freud, de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. O trabalho de Lacan, no seminário sobre as psicoses, apresenta uma estrutura que revela a relação do sujeito com o campo da linguagem, afastando-as, portanto, de qualquer apreensão organicista ou psicologizante.

Com a forclusão do significante Nome-do-Pai, afirmamos que há uma fratura na operação de separação do sujeito do campo do Outro, ficando o sujeito assujeitado ao gozo do Outro, Outro consistente, sem furo nem borda, o que se evidencia no testemunho que esses sujeitos dão do que retorna no real, dos fenômenos psicóticos que o invadem.

A maneira de considerar a relação do sujeito psicótico com o Outro tem implicações nas considerações desses dois autores sobre o tratamento da psicose: Freud se mostrava descrente da possibilidade de aplicação do método psicanalítico próprio das neuroses aos psicóticos, devido a sua rigidez psíquica. Indica, ainda, uma dificuldade em relação à possibilidade de estabelecimento da transferência, apontando a possibilidade do analista ser abandonado, ao juntá-lo às partes do mundo externo que não querem dizer mais nada para ele.

Lacan afirma que o tratamento possível da psicose precisa levar em consideração a forclusão do Nome-do-Pai como questão preliminar, afirmando que devido a isso, os psicóticos dão um testemunho singular e inteiramente original de suas relações com o conjunto do sistema da linguagem. O psicanalista deveria se situar como secretário do alienado, registrando o trabalho do sujeito, que procede um “autotratamento do real”, como nos indica Soler (2007). Com Pequeno (2000), vimos que se situar como secretário do alienado é condição necessária no tratamento psicanalítico da psicose, mas não suficiente para uma psicanálise de psicótico, apostando que esta pode visar a algo que pode se chamar de barragem de gozo.

Indicamos como a posição de secretário do alienado convém ao trabalho do psicanalista na enfermaria de crise, dando suporte para que o sujeito realize seu trabalho de suprimento, diante da “catástrofe” que ocorre no momento do desencadeamento/desestabilização. Apontamos, entretanto, que ao oferecer essa escuta o sujeito pode ir além do testemunho de sua relação com a linguagem, constituindo uma demanda de tratamento, ao supor que na psicanálise há lugar para onde endereçar as respostas que possam advir de sua vivência psicótica. O caso de Leila mostra a possibilidade de alguém ao final de uma internação formular o pedido de um “tratamento psicológico” e engajamento em tratamento com um psicanalista no CAPS. Traduzimos esse pedido como de tratamento psicanalítico, visto que foi a partir do encontro com o psicanalista que se formulou.

O caso de Fátima nos mostrou, entretanto, que a constituição de uma demanda de tratamento não pode ser colocada como um ideal, sob o perigo de proceder-se aí um apagamento do sujeito e uma nova forma de segregação como nos indica Zenoni (2000).

Freud diz que os psicóticos revelam o que os neuróticos escondem. Por esse motivo, a partir da escuta oferecida a eles, o psicanalista pode fazer a construção do caso clínico, reconhecendo aí o trabalho do sujeito, agregando os elementos trazidos pelo outros participantes da equipe de tratamento, sustentando suas indicações clínicas. Isso mostra como pode convir a presença do psicanalista num dispositivo de internação no contexto da reforma psiquiátrica. Ainda que não aderido aos ideais desse movimento, pode, com sua escuta, sua intervenção, incidir nos efeitos de segregação que o senso comum produz sobre o trabalho do psicótico. Isso seria o tratamento psicanalítico possível das psicoses em enfermaria psiquiátrica pública – tratamento pelo discurso psicanalítico.

Como nos indica Quinet (2006), a inclusão, como inserção social significa “receber do exílio aquele que cortou os laços com as exigências da civilização” (p. 49), na “desesperada tentativa de rebelião”, que Freud aponta em “O mal-estar na civilização”. Indica, ainda, que o psicótico recusa radicalmente a renunciar às pulsões sexuais em função do outro, por recusar a lei simbólica. Dessa maneira, haveria uma impossibilidade lógica, estrutural, de fazê-lo entrar completamente na dança dos discursos. Contudo, segundo esse autor, seria possível ele entrar em um ou outro discurso, fazendo assim “excursões”, circuitos entre os laços sociais, sem entrar totalmente neles.

Apostamos que no caso de Leila, seu encontro com o discurso psicanalítico, seu *tratamento* por esse discurso, lhe possibilitou se apropriar do seu discurso, historicizando os fenômenos que experimentava, interrogando-se sobre o que fazer com eles e, por fim, solicitando a continuidade do “tratamento psicológico” no CAPS. Entendemos que essa é uma inclusão possível numa enfermaria de crise – inclusão do sujeito em seu tratamento. A partir de sua fala, sua história, incluir o sujeito no saber sobre seu *pathos*, sobre seu padecimento, fazendo-o co-responsável por ele, solicitando seu comprometimento (QUINET, 2006).

Nesse sentido, é possível que o sujeito psicótico encontre uma inclusão, no sentido de alguma inserção social, tal como previsto pela atenção psicossocial, mas

o fundamental será encontrar lugar no campo do Outro, no sentido de alguma inscrição simbólica para seu sofrimento.

Interessa seguir pesquisando as estratégias de estabilização psicótica, como no caso de Fátima, que a partir de sua automeleção como *Branca de Neve*, deu um contorno a sua errância, colocando-se como compositora de músicas para caminhoneiros, estabelecendo sua “coreografia” vestida de noiva, o que não a redimia de experimentar a segregação a que estão destinados àqueles que constroem um estilo fora da norma fálica.

Outra questão que se colocou ao longo desses anos de trabalho é a crescente adesão de jovens psicóticos, em especial esquizofrênicos, ao campo da drogas, seja pelo consumo das mesmas, seja pela inserção no tráfico. Seria essa uma tentativa de inserção, inclusão social numa rede tão fortemente articulada nas comunidades de baixa renda? Como tratar disso?

Questões que abrem novas trilhas a percorrer.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 18 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica*. Relatório de Gestão: 2007-2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- COUTINHO JORGE, M. A. Discursos e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, D.; COUTINHO JORGE, M. A. (org.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 17-32.
- CENTRO PSIQUIÁTRICO RIO DE JANEIRO - CPRJ. *Considerações sobre o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro – 1999 a 2003*. Rio de Janeiro, 2003.
- DELL'AQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: AMARANTE, P. (org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 161-194.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- _____. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, ano VII, n. 1, p. 75-86, março 2004.
- FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, maio/jun. 2009.
- FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III, p. 53-66.

_____. (1895) Rascunho H. Paranóia. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I, p. 267-275.

_____ (1896a). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I, p.157-183

_____. (1896b). Carta 52. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I, p. 281-287.

_____. (1905[1904]/1996) Sobre a psicoterapia. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 241-254.

_____. (1911) Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p.13-90.

_____. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p. 121-134.

_____. (1913) Sobre o início do tratamento (Novas observações sobre a técnica da psicanálise I). In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p. 135-157.

_____. (1913[1912-13]) Totem e Tabu. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. XIII, p. 11-162.

_____. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 75-110.

_____. (1915a). O inconsciente. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 165-222.

_____. (1915b) Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIV, p. 271-279.

FREUD, S. 1917[1916-1917a]. Psicanálise e Psiquiatria. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI, p. 251 – 263.

_____. 1917[1916-1917b]. Transferência. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI, p. 433-448.

_____ (1918 [1914]). História de uma neurose infantil. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII, p.13 - 127.

_____. (1919 [1918]) Linhas de progresso da terapia analítica. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII, p. 173-181.

_____. 1919. O “estranho”. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII, p. 233-270.

_____. (1921). Psicologia de grupo e análise do eu. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVIII, p. 79-154.

_____. (1924[1923]) Neurose e psicose. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 165-171.

_____. (1924) A perda da realidade na neurose e psicose. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 203-209.

_____ (1925) A negativa. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 261-270.

_____ (1929[1930]) O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI, p. 65-148.

_____ (1933[1932]) Explicações, aplicações e Orientações. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII, p.135-154.

FREUD, S. (1937). Análise terminável e interminável. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII, p. 223-270.

_____ 1940[1938] Esboço de Psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII, p. 151-208.

HYPOLITE, J. Comentário falado sobre a “*Verneinung*” de Freud. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 896-897.

KIZER, M.; LEÓN VIVAS, E.; LUONGO, L. *et al. El otro en las psicosis*. Clínica Diferencial de las Psicosis: Relatos presentados al quinto encuentro internacional. Buenos Aires: Fundacion del Campo Freudiano, 1988.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____ (1954). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “*Verneinung*” de Freud, p. 383-401. 1998

_____ (1955-1956). *O Seminário livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1988.

_____ (1956). Situação da psicanálise em 1956. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 461-495.

_____ (1957-1958a). *O Seminário livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998..

_____ (1957-1958b). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose, p. 537-590. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 537-590

_____ (1958). A significação do falo. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 692-703.

_____ (1959-1960). *O Seminário livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997.

_____ (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 807-842.

_____. (1960-1961). *O Seminário livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2010.

_____ (1964) *O Seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____ (1966). Apresentação das *Memórias de um doente dos nervos*. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003. p. 219-223.

_____ (1968-1969). *O seminário livro 16: De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

_____ (1969-1970). *O seminário livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. (1971-1972) *Estou falando com as paredes*. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

LEITE, S. As resistências do psicanalista (e outras) na saúde mental. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro. Ano 8, n.1, p. 83-93, 1º sem. 2008.

_____. *As psicoses e as instituições: uma leitura psicanalítica*. Projeto de Pesquisa de Professor Visitante. Programa de Pós-Graduação em Psicanálise. Rio de Janeiro: UERJ, 2010.

_____. Habitar, construir, existir: algunas consideraciones sobre el cuerpo en las psicosis [Internet]. In: JORNADAS INTERNACIONALES DE HERMENÉUTICA, 3., 2013, Buenos Aires, Argentina. *Atas...* Buenos Aires, Argentina: Ediciones Proyecto Hermenéutica, 2013. Disponível em: <<http://www.proyectohermeneutica.org/archivo/iiijornadas/actas/index.htm>>. Acesso em: 12 fev 2014.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p.4579-4589, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/03.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

LOPES, B. L. A. Sobre o sujeito da linguagem. *Escola Letra Freudiana - Psicoses*, Rio de Janeiro, XXIV, n. 36, p. 97-104, 2005.

MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MILLER, J. A. *Matemas I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

_____. (1981) Psicanálise e psiquiatria. In: _____. *Lacan Elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 121-140.

PEQUENO, A. *Sujeito e psicose*. 2000. 135 p. Tese (doutorado IPUB/UFRJ). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=141312320110013&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 24 ago. 2013.

QUINET, A. *Teoria e Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade. In: _____ (org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001. p. 13-20.

_____. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

RABACOV, M; BECKER, P. O psicótico em análise. Escola Letra Freudiana - *Psicoses*, Rio de Janeiro, XXIV, n. 36, p. 151-161, 2005.

RABINOVICH, S. *A forclusão: presos do lado de fora*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001.

_____. A transferência na psicose. Escola Letra Freudiana – *Psicoses*, Rio de Janeiro, XXIV, n. 36, p. 19-30, 2005.

RINALDI, D. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D.; COUTINHO JORGE, M. A. (org.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário*, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002. p. 19-32.

_____. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 87-106.

ROTELLI, F. Superando o manicômio – o Circuito Psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 149-69.

SEBBA, L. S.; FERREIRA, A. P. Reflexões sobre impasses e possibilidades da psicanálise no hospital público. In: IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2010, Curitiba, PR. *Anais...* Curitiba, PR: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2010. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr106-ludmila-stalleikem-sebbae-ademir-pacelli-ferreira.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2013.

SERPA JR., O. D. Sobre o “nascimento” da psiquiatria. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, n. 3, p. 25-41, 1999.

SOLER, C. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

SOUZA, N. S. *A psicose: um estudo lacaniano*. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

_____. O sujeito suposto saber: uma objeção à transferência na psicose? *Ágora*, Rio de Janeiro, v. II, n. 1, p. 109-119, jan/jun 1999.

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001a.

_____. Da reforma psiquiátrica a clínica do sujeito. In: QUINET, A (org.). *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001b. p. 121-132.

VIDAL, E. O caso clínico. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana, 1992. Não publicado.

_____. *Verwerfung* e/ou forclusão. *Escola Letra Freudiana - Psicoses*, Rio de Janeiro, XXIV, n. 36, p. 151-161, 2005.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, Belo Horizonte, MG, n. 13, p. 39-48, set. 1999.

ZENONI, A. Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan. *Abrecampos*, Belo Horizonte, MG, ano 1, n.0, p. 9-70, jun 2000.